

# Patientsäkerhetsberättelse för Sunne kommun År 2022



Datum 22-03-01

Ansvarig för innehållet Ulla Engström, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

## 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.

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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

# Innehåll

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 .....	7
Informationssäkerhet .....	7
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	9
Måluppfyllelse 2022 .....	9
Övriga resultat .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu .....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	14
Klagomål och synpunkter .....	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	15

## SAMMANFATTNING

2022 ägnades åt att fortsatt hantera en pågående pandemin, inte minst genom att planera och genomföra vaccinationer av patienter på särskilda boenden, inom hemtjänsten/hemsjukvården och inom LSS. Trots att vi haft hjälp av regionens vaccinationsmottagning har vaccinering tagit mycket tid i anspråk.

### Dokumentation

Vår nya hälso- och sjukvårdsjournal blev fullt ut implementerad och arbetet har fortgått med att utbilda legitimerad personal.Handledning har erbjudits både i grupp och individuellt och fokus har bland annat varit på att upprätta hälsoplaner och att skapa samsyn i dokumentationssätt.

### Hygien

Hygienarbetet har legat högt på agendan även 2022 och vårt långsiktiga arbete utifrån *Vårdhygienisk strateg* pågår med: med utsedda hygienombud, hygienronder, utbildningar och deltagande i nationell punktprevalensmätning (BHK) avseende följsamhet till ”Basala hygienrutiner” och ”klädregler”. Dessutom genomförde vi ytterligare hygienmätningar i egen regi som en del i vår internkontroll. Hagens särskilda boende blev det första boendet som vi (utsedda hygienombud, ansvarig enhetschef, tf. enhetschef och MAS) genomförde hygienrond på.

### HALT-studie

Vi deltog också i den nationella HALT-studien som mäter förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet med studien är att sätta fokus på slentrianmässig antibiotikaanvändning och därmed minska antibiotikaresistens.

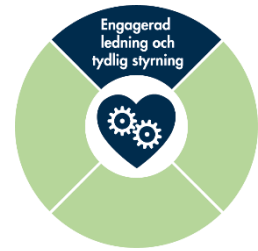
### Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Arbetet med att genomföra en nulägesanalys av kommunens patientsäkerhetsarbete slutfördes. Ett analysverktyg från SKR har använts och utifrån resultatet identifierades och prioriterades bland möjliga insatser för att stärka patientsäkerhetsarbetet.

# 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.



### Övergripande mål och strategier

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

Enligt 2021 års patientsäkerhetsberättelse var 2022 års mål att:

- **All legitimerad personal ska ha genomgått utbildning i Lifecare HSL**

Strategin var att genomföra utbildningar och workshops. Uppdatera manualer och lathundar samt erbjuda stöd vid dokumentationstillfällena och fortlöpande.

- **Minska antalet läkemedelsavvikelser inom LSS**

Strategin var att i större omfattning analysera läkemedelsavvikelserna och involvera ansvariga sjuksköterskor tillsammans med respektive enhetschef i åtgärderna att minska antalet läkemedelsavvikelser. Regelbundet presentera statistik över inkommande avvikelser samt säkerställa att baspersonalen känner sig trygga med hur man signerar i MCSS.

- **Genomföra 4 mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler**

Strategin var att stötta de utsedda hygienombuden i genomförandet och förse dem med material och information samt svara på frågor.

- **Genomföra analysverktyget för en stärkt patientsäkerhet**

Strategin var att använda det av Socialstyrelsen framtagna analysverktyget för att genomföra nulägesanalys, identifiera utmaningar, identifiera och prioritera insatser samt skapa en grund för framtagandet av handlingsplan.

## **Organisation och ansvar**

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

### **Vårdgivarens ansvar**

Vårdgivaren, kommunstyrelsen i Sunne kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategi för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

### **Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser vård av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att styra, följa upp och utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

### **MAS ansvar**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande. MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på patientsäker vård. Vårdgivaren ansvarar för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas senast den 1 mars varje år. I Sunne kommun har MAS ansvar för att upprätta denna berättelse.

### **Enhetschefers ansvar**

Enhetschefers ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso- och sjukvård. Enhetschefer ansvarar också för att rutiner följs, avvikelser rapporteras samt att åtgärder initieras i samverkan med övriga yrkesfunktioner som till exempel sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### **Hälso-och sjukvårdspersonals ansvar**

Legitimerad personal (samt delegerad baspersonal) ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera till vårdgivaren risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är således fördelat mellan, vårdgivaren, verksamhetschef, enhetschefer, hälso-och sjukvårdspersonal och MAS.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan i syfte att förebygga vårdskador sker inom följande områden:

- Överenskommelse samverkan med vårdcentralen i Sunne  
Detta avtal reglerar hur vi ska samverka bland annat med gemensamma träffar och läkartillsyn. Dessutom genomförs regelbundna avstämningar med samordningssjuksköterskan på vårdcentralen gällande patienter som ligger på länets sjukhus och planeras hem.
- Träffar med representanter från Torsby sjukhus och vårdcentralerna och kommunerna i norra Värmland s.k. NÄSAM-träffar
- Nätverk för samverkan mellan länets MASar och Läkemiddelsenheten på regionen
- Länsövergripande nätverk för länets MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Länsövergripande arbetsgrupper för utskrivningsklar och Cosmic Link
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland med representation från Värmlands kommuner och Region Värmland
- Nätverk för samverkan med Smittskydd Värmland. Samtliga kommuner i Värmland deltar med utsedda sjuksköterskor och MAS
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD och SveDem

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Patientsäkerheten ska säkerställas med hjälp av de uppgifter som finns dokumenterade, därför är det av yttersta vikt att alla dokumentation är kvalitetssäkrad.

Därför granskas hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring i Lifecare av MAS i samband med att avvikelser skrivits samt vid rutinmässiga loggkontroller.

En behovs- och riskanalys gällande behörighet till Lifecare HSL finns och dokumentet uppdateras vid förändring.

Rutiner finns för hur systematiska stickprovskontroller av LifeCare, Cosmic Link, nationell patientöversikt (NPÖ) och MCSS ska utföras 1ggr/månaden.

Resultat av kontrollerna delges alltid, förutom användaren själv, ansvarig enhetschef som ansvarar för att vidta åtgärder vid misstänkta överträdelser.

Under 2022 har Inera utfört en revision av Sunne kommuns HSA-katalog och HPT, vilken beskriver hur vårdgivaren uppfyller informationssäkerheten.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

En viktig del av säkerhetskulturen är att tillvara ta erfarenheter från inträffade avvikelser. Under 2022 påbörjades arbetet att implementera ett nytt avvikelssystem och mycken tid lades på att upprätta rutiner, processer och diskutera flöden. Det övergripande syftet med nytt avvikelssystem är att gå från ”rapportskrivande” till analys av det inträffade och bättre teamsamverkan.

Under året flyttade all legitimerad personal till nya gemensamma lokaler på Selmagården, vilket rent arbetsmiljömässigt underlättar teamsamverkan.



## 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.

I syfte att kvalitetssäkra kompetensen på personal som delegerats överlämnade av läkemedel, har ett nytt delegeringsförfarande implementerats under föregående år.

Delegeringsförfarandet omfattar obligatoriskt webbutbildning: *Jobba säkert med läkemedel* samt en praktisk utbildning innan ställning tas om delegering eller inte.

Två sjuksköterskor har under året påbörjat specialistutbildning till distriktssköterska.

Vidare har en handlingsplan för kompetensförsörjningsplan tagits fram.



## 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.



Vid utredningar i samband med inkomna klagomål eller synpunkter eftersträvas alltid att ha en dialog med patienten och dennes närstående.

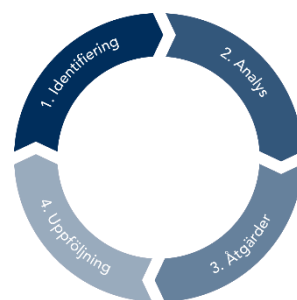
Vi ser tydligt att flertalet av inkomna klagomål beror på brister i kommunikationen och att man därför som patient och eller närstående inte känt sig delaktig.



## 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.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Jämförelse av egna verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister	Minst 1ggr/år	Svenska palliativregistret Senior alert BPSD
Basala hygienrutiner och klädregler	3 gånger/år	PPM-databasen
Trycksår	1 ggr/kvartal	PPM via Senior alert och kvartalsrapport: Avvikelser
Övriga avvikelser	1ggr/kvartal	Kvartalsrapport: avvikelser
Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende	1ggr/år	HALT-studien
Granskning av journaler vid avvikelser och loggkontroller	Minst 1 ggr/månaden	Protokoll, samt vid avvikelse
Granskning av journaler avseende användning av KVÅ-koder	1ggr/kvartal	Protokoll

## Måluppfyllelse 2022

### Mål:

All legitimerad personal ska ha genomgått utbildning i Lifecare HSL

### Resultat:

*Målet uppnått.*

Samtliga legitimerade personal (sjuksköterskor/distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) har genomgått utbildning av själva systemet samt utbildning kring: HSL-uppdrag. Utbildningsinsatserna utfördes på olika sätt till exempel workshops. Uppdatera manualer och lathundar samt erbjuda stöd vid dokumentationstillfällena och fortlöpande.

### Analys av resultatet:

Svårt att få till utbildningstillfällena som passar alla utifrån tid och förmåga.

### Åtgärder och uppföljning av åtgärder:

Tillskapat flera utbildningstillfällena samt erbjudit enskild utbildning för de som så önskar.

**Mål:**

Minska antalet läkemedelsavvikelser inom LSS

**Resultat:**

*Målet uppnått.*

Antalet läkemedelsavvikelser inom LSS-verksamheten har minskat från 168 (2021) till 52 (2022)

**Analys av resultatet:**

Det faktum att verksamheterna uppmärksammades om antalet avvikelser och att de fick diskutera anledningen till detta gjorde att man bättrade sig. Dessutom framkom att man alltför ofta slarvat med signeringen i MCSS vid överlämnandet. Större delen av året har det dock saknats en utsedd sjuksköterska med ansvar för LSS, vilket har försämrat kontinuiteten och möjligheten att samverka med ansvarig enhetschef.

**Åtgärder och uppföljning av åtgärder:**

Fortsatt presentera varje enskild enhets egna avvikelser så att ansvarig enhetschef kan presentera resultatet för arbetsgruppen.

**Mål:**

Genomföra 4 mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

**Resultat:**

*Målet ej uppnått.*

Enbart 3 mätningar genomfördes under 2022

**Analys av resultatet:**

Svårigheter att fördela antalet mätningar varje kvartal, då den nationella mätningen inföll v.11–12 och vi hade planerat en mätning till februari. Med andra ord vi kom i otakt.

**Åtgärder och uppföljning av åtgärder:**

Bättre planering inför följsamhetsmätningar.

**Mål:**

Genomföra analysverktyget för en stärkt patientsäkerhet

**Resultat:**

*Målet delvis uppnått.*

Tillsammans med projektledare har en nulägesanalys tagits fram med hjälp av analysverktyget.

**Analys av resultatet:**

Utifrån nulägesanalysen har utmaningar identifierats och prioriterats till exempel avvikelshantering. Dock har ingen handlingsplan tagits fram, trots att vi börjat ”beta av” utmaningarna.

**Åtgärder och uppföljning av åtgärder:**

Fortsatt arbete med de identifierade utmaningarna samt behov av att tillskapa en handlingsplan.

## Övriga resultat

### *Nationella kvalitetsregister*

Den egna verksamhetens resultat i svenska palliativregistret jämförs med nationella resultat, men också med övriga kommuner i Värmland.

#### **Mål:**

Minst 70 % av personerna i livets slutskede ska ha erhållit en validerad smärtskattning.

#### **Resultat:**

Vi har konstaterat att det är flera mål vi inte når upp till. Bland fick enbart 50% en smärtskattning utförd sista levnadsveckan.

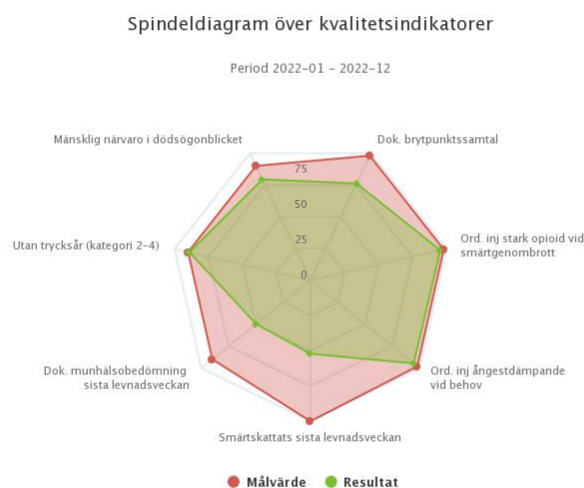
#### **Analys av resultatet:**

Otydlig dokumentation av till exempel smärtskattning och brytpunktssamtal i hälso-och sjukvårdsjournalen (LifeCare), därav också oklart vid registrering i palliativregistret.

#### **Åtgärder:**

Tydliggöra för sjuksköterskor lämpliga KVÅ i dokumentationen.

Uppföljning av åtgärder: Presenterat resultat vid APT.



### *Basala hygienrutiner och klädregler*

Deltog i den nationella mätningen av basala hygienrutiner och klädregler (BHK) som genomfördes v.11–12 under 2022. Dessutom genomfördes ytterligare 2 mätningar: en valfri vecka under sommarperioden och under v.39–40.

#### **Mål:**

Förbättra resultat gällande andel som desinficerar före användandet av handskar.

#### **Resultat:**

Generellt bättre än genomsnittligt nationellt resultat samt något bättre på att använda desinfektionsmedel innan användning av handskar än föregående år.

#### **Analys av resultatet:**

Bra att mätning genomförs, men fortsatt har man inte alla koll på att det är viktigt att använda handsprit även innan man sätter på handskar.

### Åtgärder:

Presentera resultatet för utsedda hygienombud och uppmana dem att informera om rätt handdesinfektion. Uppföljning av åtgärder: Presenterat resultat för utsedda hygienombud och socialutskottet.

	Andel korrekt desinfektion före vårdnära arbete	Andel korrekt desinfektion efter vårdnära arbete	Andel korrekt användning av handskar	Andel korrekt användning av plastförkläde	Andel med korrekt arbetsdräkt	Andel fria från ringar, klockor och armband	Andel med korrekt skötta naglar	Andel med kort eller uppsatt hår
<b>Riket (25 144)</b>	79,1 %	92,4 %	96,7 %	88,7 %	95,9 %	95,1 %	96,7 %	98,0 %
<b>Sunne (80)</b>	85,0 %	97,5 %	96,2 %	96,3 %	96,3 %	97,5 %	98,8 %	100 %

### *Halt-studien*

Nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling i särskilt boende, vars syfte är att sätta focus på slentrianmässig antibiotikaanvändning och därmed minska antibiotikaresistens.

**Mål:** 0% = inga patienter på säbo med förvärvad infektion.

#### **Resultat:**

Sunnes resultat är generellt bättre än det nationella resultatet.

Andelen patienter på säbo med förvärvad infektion var 0% jämfört med 1% nationellt.

Andelen patienter på säbo med antibiotikabehandling var 1% jämfört med 3% nationellt. Totalt deltog 114 patienter från Sunnes särskilda boenden.

#### **Analys av resultatet:**

Vi brukar alltid ligga bättre till än landet i genomsnitt och anledningen till detta tror jag är att den läkare som är ansvarig för de särskilda boendens i Sunne har stor kännedom om antibiotikaresistens och vikten av att inte antibiotikabehandla i onödan.

### Åtgärder:

Presentera resultatet för sjuksköterskor på särskilda boenden och ansvarig läkare.

## 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.

Under 2022 rapporterades fortfarande avvikelser på en pappersblankett.

Pappersblanketten lämnades därefter till ansvarig sjuksköterska som registrerade den i ett avvikelssystem.

Detta förfarande har inte varit optimalt. Det har varit svårt att följa ett flöde och focus har legat på att registrera i stället för att utreda och dra slutsatser om hur liknande händelser ska kunna undvikas.

Det finns anledning att vara självkritisk när det gäller metodik och systematik i uppföljning av inträffade händelser, vilket vi hoppas ska förbättras i och med att vi inför en ny avvikelsemodul under 2023.



## 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.

Under 2022 Smittskydd Värmland tagit fram en Vårdhygienisk strategi för Värmland i syfte att underlätta det vårdhygieniska arbetet i kommunerna. Den vårdhygieniska strategin har presenterats för alla enhetschefer, legitimerad personal och hygienombud.

I strategin framgår hur det vårdhygieniska arbetet ska ske och har bland annat tydliggjort vikten av basala hygienrutiner och klädregler och vem som har ansvar för vad.



## 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.

### Är vården säker idag?

Den största utmaningen under 2022 var personalförsörjning., då det saknades både legitimerad personal och baspersonal. Detta påverkar naturligtvis både kontinuitet, arbetsbelastning och kompetens samt i slutändan patientsäkerheten. Under året fick vi anlita flera bemanningssjuksköterskor för att täcka de största behoven. Inom området rehabilitering fattades också legitimerad personal och man fick stötta upp med en extra rehabiliteringsassistent.



## 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

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

Under 2022 rapporterades fortfarande samtliga HSL-avvikelser på en pappersblankett. Blanketten lämnades till ansvarig sjuksköterska som registrerade avvikelsen i ett avvikelssystem. I avvikelssystemet kunde avvikelsen delges ansvarig enhetschef, ansvarig på kommunrehabiliteringen samt MAS. Möjligheter att utreda och dokumentera vidtagna åtgärder fanns, men utnyttjades allt för sällan. Vissa inträffade avvikelser togs dock upp på gemensamma träffar till exempel vid APT.

MAS sammanställer inkomna avvikelser varje kvartal och presenterar för bland annat socialutskottet.

Samtliga avvikelsetyper har minskat under året, förutom avvikelser gällande medicintekniska produkter (MTP). Orsaken till detta tror jag är en ökad medvetenhet om vad en MTP-avvikelse kan gälla samt ökat fokus på vikten av att använda dynor och lyftselar rätt.

Typ av avvikelse	Antal	Antal föregående år
Fall	887	1009
Läkemedel	308	474
Utebliven/fel HSL insats	7	9
Trycksår	1	10
MTP	5	0

### Klagomål och synpunkter

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

Klagomål inkommer till kommunen via e-tjänst, brevledes eller via vår gemensamma Patientnämnd. Inkomna klagomål berör ofta både Sol och HSL och utreds därför också tillsammans. Under året inkom inga klagomål via Patientnämnden.

## 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.

I syfte att öka riskmedvetenheten behöver patientsäkerheten upp på agendan i större utsträckning: resultat behöver presenteras och diskuteras i flera forum till exempel i ledningsgrupp. Dessutom behöver en handlingsplan tas fram utifrån de områden som prioriterades i nulägesanalysen.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### **Utmaning:**

Vid IVO:s granskning av den medicinska vården och behandlingen vid särskilda boenden för äldre konstaterades att "dokumentationen inte följs enligt gällande regelverk", då flertalet patienter saknar dokumenterad vårdplan.

### **Mål:**

Öka antalet upprättade Hälsoplaner i hälso-och sjukvårdsjournalen LifeCare.

### **Planerade åtgärder:**

Tydliggöra för all legitimerad personal vikten av att upprätta Hälsoplaner samt ge exempel på hur en Hälsoplan (utredningsplaner och/eller behandlingsplaner) kan se ut.

### **Egenkontroll:**

Stickprovskontroller av 50 journaler.

### **Utmaning:**

Enligt registreringar i svenska palliativregistret har enbart 50 % av patienterna en dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan

### **Mål:**

Minst 70% av patienterna ska ha erhållit en validerad smärtskattning.

### **Planerade åtgärder:**

Tydliggöra vart i hälso-och sjukvårdsjournalen man dokumenterar att en smärtskattning är gjord samt att det är just där och/eller i bedömningsmodulen uppgifterna kan hämtas.

### **Egenkontroll:**

Resultat från svenska palliativa registret.

### **Utmaning:**

Under 2022 har vi använt en PU-sensor vid vår korttidsavdelning i syfte att upptäcka personer med risk för att utveckla trycksår. Vi behöver nu ta nästa steg och använda PU-sensor på övriga särskilda boenden.

### **Mål:**

Öka användningen av PU-sensor och därmed identifiera fler individer med risk, vilket kan möjliggöra förebyggande åtgärder i större utsträckning.

### **Planerade åtgärder:**

Erbjuda utbildning i användandet av PU-sensor samt tydliggöra dokumentation i hälso-och sjukvårdsjournalen och uppmana till teamsamverkan.

### **Egenkontroll:**

Resultat från antalet genomförda mätningar.

**Utmaning:**

Trots att de flesta sjuksköterskor anser att ansvarig läkare genomför läkemedelsgenomgångar fortlöpande, så visar dokumentationen i hälso-och sjukvårdsjournalen inte att så är fallet.

**Mål:**

Öka antalet läkemedelsgenomgångar (dokumenterade) samt tydliggöra vilka som deltagit i genomgången till exempel patienten, närstående, baspersonal.

**Planerade åtgärder:**

Påtala nuläget för sjuksköterskorna samt informera om lämpliga KVÅ-koder samt informera ansvarig läkare om vårt mål.

**Egenkontroll:**

Kontrollera antalet läkemedelsgenomgångar (dokumenterade).