



Patientsäkerhetsberättelse

Hägersten-Älvsjö

stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-03-01

Hossein Ahmadian, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	4
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Intern samverkan	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelser	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Händelser och vårdskador	14
Riskanalys	14
Mål och strategier för kommande år	15

Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna en god säker och förebyggande hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Under 2020 har fokus varit på fortlöpande riskanalyser och det förebyggande arbetet med anledning av pandemin.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra smitta och smittspridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering följs varje månad.

Basala hygienrutiner och klädregler och korrekt användning av skyddsutrustning har varit mer aktuell och extra viktiga under året 2020 med anledning av pågående pandemi. Fler utbildningar och handledningstillfällen samt egenkontroller av följsamhet utöver de inplanerade har genomförts.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts för så gott som samtliga patienter.

Andelen uppkomna trycksår under året är 1 % vilket indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförebyggande arbetssätt.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten behöver fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

Verksamheten hade under våren en smittspridning av covid-19 som sammanföll med den ökade samhällssmittan. Med successivt ökad tillgång till skyddsutrustning och möjligheter till provtagning och smittspårning har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning förbättras. Under hösten hade verksamheten enstaka fall av konstaterad smitta.

Framåtblick 2021

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelsehanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på analys, åtgärder och uppföljning.

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämföras med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att

identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Mål 2020

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
7. Minst 25 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

STRATEGIER

- 1-3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Därutöver ansvarar planeringsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska planeringsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel
- 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- 4.4. Hygienrund genomförs vartannat år.
5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
7. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser

Organisation och ansvar

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen¹, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerlig ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och baspersonal träffas en gång på morgonen på vardagar för en planeringsrapport på respektive våningsplan. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte vid 3 tillfällen per månad där fokus ligger på planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Med anledning av pandemin har verksamheten utökat mötesfrekvensen. Ledningen samt hälso- och sjukvårdspersonalen har träffats kontinuerligt. Fokus är att säkerställa informationsöverföring och följsamhet till gällande rekommendationer, riktlinjer och rutiner basala hygienrutiner under pågående pandemi.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I regelbundna samverkansmöten under året där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och boendes verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård. Under pandemin har verksamheten samverkat med Smittskydd Stockholm och regionens smittspårningsteam.

Patienters och närståendes delaktighet

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en informationsbroschyr om verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående.

Under pandemin har kontakter och information till anhöriga framför allt skett per telefon och mail. Rutiner för säkra besök har funnits för undantag från besöksförbud. Anhöriga har fått information om rutiner och tillgång till skyddsutrustning. Aktuell information finns uppsatt i ingångar och entréer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet

vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschef.

Klagomål och synpunkter

Klagomål som inkommer via inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS.

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2020 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none">• Fall• Undernäring• Trycksår• Inkontinens• Munhälsobedömning• ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Vårdhygiens blanketter Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering

Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandlingen	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade bedömnings instrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. Under pandemin har rekommendationer och riktlinjer reviderats och nya har tillkommit kontinuerligt. Fokus har varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet.

Med anledning av pandemin har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har handlingsplan med åtgärder upprättats för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Praktisk utbildning och handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar.

Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och tätare samverkan med vårdhygien, smittskydd och smittspårningsteam med anledning av pandemin för att säkerställa ett korrekt omhändertagande/kohortvård och smittspårning vid konstaterad smitta

Rutiner har upprättats för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning. I början av pandemin var det stor brist på skyddsutrustning. Egentillverkning av visir gjordes för att tillgodose behovet. Rutiner har upprättats för utökad städning och desinfektion av Tag- ytor i lokaler och boendes lägenheter. Rutiner har upprättats för säkra besök i samband med besöksförbud

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation vid covid-19.

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdprocessen skett i samarbete med dietist.

Risakanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Under 2020 har riskanalyser med anledning av pandemin upprättats i verksamheten. Riskanalyserna har omfattat områden som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, tillgång till och korrekt användning av skyddsutrustning, informationsöverföring och dokumentation, bemanning/ personalförsörjning och säkra besök. Riskanalyserna har följts upp kontinuerligt av verksamhetschef och medarbetare. Utifrån identifierade risker har en handlingsplan med åtgärder tagits fram.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå gör den planeringsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Utredning av händelser - vårdskador

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelser går igenom på HSL mötet av enhetschef och HSL gruppen och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller riskerat att medföra en vårdskada. Inga händelser som rapporterats

under året har medfört vårdskada. Verksamheten har påbörjat ett arbete för att sätt utveckla de delar av utredningen som bakomliggande rör orsaker och analys och arbetet kommer att fortsätta under 2021.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Under året har 81 (86) journaler varit upprättade vid enheten.

Den sista december 2020 var 45 (54) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2020.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	1. Planeringsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	1)Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 98 procentUndernäring uppgår till 100 procentTrycksår uppgår till 100 procent Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 61 procentUndernäring uppgår till 64 procentTrycksår uppgår till 18 procent	Godkänt resultat

	2. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	2) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 82 procent Undernäring till 70 % Trycksår till 85 % 	För ett godkänt resultat skulle andelen hälsoplaner uppgått till minst 90 %
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.	Planeringsansvarig sjuksköterska genomför 1. bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet Roag 2. bedömning av kontinens med bedömningsinstrumentet Nikola	1) Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år. 2) Granskning av andelen genomförda screeningar av inkontinens med bedömningsinstrumentet Nikola minst en gång per år	1) Andel genomförda munhalsbedömningar med Roag uppgår till 100 % 2) Andel genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/inkontinens med Nikola Uppgår till 100 %	Godkänt resultat Godkänt resultat
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen	Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten varje månad	Uppkomna trycksår i verksamheten uppgår till 1 %	Godkänt resultat
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner. 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner. 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. 4.4. Hygienrund genomförs vartannat år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 4 gånger per år. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 93 % Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 % Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 92 %	Ej godkänt resultat Godkänt resultat Godkänt resultat
5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en systematisk läkemedelsgenomgång genomförd	Planeringsansvarig sjuksköterska initierar till att en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare	Granskning av andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång	Andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång uppgår till 80 %	Godkänt resultat
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen ska följas till 100 procent.	Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen	Uppföljning av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen	Resultat av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen	Extern granskning har inte kunnat genomföras på grund av pandemin. Planeras under våren 2021.

7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar minst 90 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.	Andel riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert uppgår till 100 %	Godkänt resultat
8. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas	All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.	Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat	Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till ca 2 %	Inte godkänt resultat

Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 har uppnåtts.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring och ohälsa i munnen har genomförts för så gott som samtliga patienter.

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg och indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförebyggande arbetssätt.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög men det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder

Smittspridning av Covid-19 inträffade verksamheten under våren och sammanföll med ökad samhällssmitta. Riskanalyser och handlingsplan med åtgärder begränsade smittspridningen. Med successivt ökad tillgång till skyddsutrustning och möjligheter till provtagning och smittspårning har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning ytterligare förbättras. Under hösten har verksamheten haft enstaka fall av konstaterad smitta.

Verksamheten registrerar i det nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att utveckla verksamhetens arbete med att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat en del jämfört med föregående år. Det indikerar att avvikelserapporteringen fungerar vid enheten.

Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser. Verksamheten kommer att arbeta vidare med att utveckla avvikelshanteringsprocessen under 2021.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde.

Avvikelser

Under året har totalt 84 (61) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall, varav	64
• fraktur som följd	0
Läkemedel, varav	20
• Utebliven dos	13
• Förväxling av patient	1
• Fel läkemedel i ordningställts	1
• Övrigt annat	5

Analys:

Det utvecklingsarbete som genomförts under året kan ha resulterat till att antalet rapporterade avvikelse har ökat. Det kan vara svårt att helt förhindra att boende faller. Analysen av fallavvikelser visar att de framförallt handlar om incidenter när boende försöker förflytta sig själv. Verksamheten arbetar fortlopande med fallpreventiva och skadepreventiva åtgärder utifrån den aktuella individuella riskbedömningen och ofta finns ett behov av flera åtgärder. Miljöanpassningar, förskrivning av hjälpmedel, läkemedelsgenomgång, träning av styrka och balans är exempel på förbyggande åtgärder.

Läkemedelsavvikelserna är på en fortsatt låg nivå. Det handlar till övervägande del om brister i följsamhet till rutiner för kontroller i samband med utdelning/ överlämnande av läkemedel. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser

Klagomål och synpunkter

Under året har inget klagomål via IVO eller patientnämnden har inkommit

Händelser och vårdskador

Under året har inga allvarliga händelser som lett till vårdskada eller risk för vårdskada inträffat i verksamheten.

Risikanalys

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 har uppnåtts.

Verksamheten har under 2020 arbetat aktivt med att genomföra systematiska riskbedömningar och hantering av identifierade risker. Generella riskbedömningar har genomförts med anledning av pandemin för att minska risken för smitta och smittspridning.

De riskanalyser som gjorts på enhetsnivå gällande pandemin, har bidragit till det förebyggande arbetet att begränsa smitta och smittspridning i verksamheten och en god förberedelse gällande att säkerställa bemanning och möjliggöra kohortvård och ett korrekt omhändertagande utifrån gällande rekommendationer och riktlinjer vid bekräftad smitta. Det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring.

I det fortsatta arbetet med att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller patienter som är undernärda behöver verksamheten förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen bland annat genom att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten ska fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler och skyddsutrustning samt riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin.

Verksamheten kommer fortsätta arbeta med att utveckla avvikelshantering och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, och undernäring med fokus på analys, åtgärder och uppföljning

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämföra med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

MÅL 2021

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
(Revised Oral Assessment Guide)
5. Minst 25 procent av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och vårdrelaterade infektioner.
- 1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
 - 4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2 nattfasta i tre dygn
 - 4.3 dagligt energibehov
 - 4.4 munstatus enligt ROAG för 90 procent av patienterna.
5. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser