



Patientsäkerhetsberättelse

Hägersten-Älvsjö

stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-21

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	13
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 2021 har fokus varit på fortlöpande riskanalyser och det förebyggande arbetet med anledning av pandemin samt avvikelshanteringsprocessen.

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 2021 med anledning av pågående pandemi.

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 övervägande del av patienterna. Men resultatet visar också på flera förbättringsområden som verksamheten behöver fortsätta arbeta med.

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 i början av året en begränsad smittspridning av covid-19 som sammanföll med den ökade samhällssmittan. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och möjlighet till vaccination har varit viktiga åtgärder för att begränsa smitta och smittspridning. Under hösten hade verksamheten inga fall av konstaterad smitta.

Framåtblick 2022

Verksamheten behöver ha fortsatt beredskap och följsamhet till riktlinjer och rutiner utifrån aktuellt läge med covid-19.

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

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 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

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.

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.

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 även 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 i 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 finns. 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 2021 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 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Enheten har reviderat sina lokala rutiner för avvikelshantering och handlingsplan upprättas för att arbeta mer strukturerat med avvikelshantering utifrån nya rutiner.

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.

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.. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar.

Verksamheten har haft kontakt och tätare samverkan med vårdhygien,

smittskydd och smittspårningsteam för att säkerställa ett korrekt omhändertagande/kohortvård och smittspårning vid misstänkta och bekräftade fall av covid-19 smitta.

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.
Vaccinationer har genomförts enligt planering.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt regelbunden dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

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

Enheten har reviderat sina lokala rutiner för att strukturera arbetet med nutrition på ett bättre sätt. För att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen 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 2021 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.

Under 2021 har en händelse om fördröjd vård och behandling med risk för vårdskada inträffat i verksamheten. Händelsen har utretts och analyserats och

använts för utvecklingsarbete.

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 66 (81) journaler varit upprättade vid enheten.

Den sista december 2021 var 53 (45) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 4 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 96 procent	Godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 92 procent	Godkänt resultat

<p>2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.</p>	<p>2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.</p>	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 74 procent Undernäring uppgår till 66 procent Trycksår uppgår till 66 procent <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 77 procent Undernäring uppgår till 54 procent Trycksår uppgår till 29 procent 	<p>Inte godkänt resultat</p>
<p>3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.</p>	<p>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</p>	<p>3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 71 procent Undernäring till 70 procent Trycksår till 92 procent 	<p>Inte godkänt resultat</p>
<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>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)</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>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 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 42 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 80 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 18 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 64 procent 	<p>Inte godkänt resultat</p>
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas</p>	<p>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.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 36 procent</p>	<p>Godkänt resultat</p>

Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 har uppnåtts. Men resultatet visar också på flera förbättringsområden som verksamheten behöver fortsätta arbeta med.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring och ohälsa i munnen har genomförts övervägande delen av patienter men når inte uppsatt mål.

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.

Verksamheten hade under början av året en begränsad smittspridning av covid-19 som sammanföll med den ökade samhällssmittan. Verksamhetens arbete med riskanalyser och handlingsplan med åtgärder begränsade smittspridningen. Under hösten hade verksamheten inga 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 2022.

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 125 (84) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall , varav	86
• fraktur som följd	1
Läkemedel , varav	36
• Utebliven dos	34

• Felaktig tidpunkt vid för administrering av läkemedel	2
Specifik omvårdnad	3
• Trycksårsprofylax	1
• Felaktigt utförd åtgärd	2

Analys:

Det utvecklingsarbete som genomförts under året kan ha resulterat i att antalet rapporterade avvikelser har ökat. Inrapporterade/registrerade hälso- och sjukvårdsavvikelser är främst fallincidenter och avvikelser i läkemedelshanteringen.

Det kan vara svårt att helt förhindra att boende faller. Verksamheten arbetar fortlöpande 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.

Läkemedelsavvikelsena 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 2021 har en händelse om fördröjd vård och behandling med risk för vårdskada inträffat i verksamheten. Händelsen har utretts och analyserats och använts för utvecklingsarbete. Arbetet med utveckling av de delar av utredning som rör bakomliggande orsaker och analys fortsätter under 2022.

Riskanalys.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 har uppnåtts.

Verksamheten har under 2021 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.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verk-

samheten behöver fortsätta sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser i syfte att identifiera mönster och trender och bidra som underlag för förbättringsarbete.

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, vilket innefattar riskbedömningar och dokumenterade utredningar för patienter med identifierad risk för undernäring eller som är undernärda

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten behöver ha fortsatt beredskap och följsamhet till riktlinjer och rutiner utifrån aktuellt läge med covid-19.

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

Det är 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 2022

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 50 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