



Patientsäkerhetsberättelse Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens servicehus

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-18

Marie Bergström, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Intern samverkan	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll	10
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador.	12
Riskanalys	12
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdragarna god och säker 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 pandemin har ett viktigt mål varit att hindra smitta och spridning av covid-19.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Under 2021 har fokus legat på att följa upp och upprätthålla det förebyggande arbetet med anledning av pandemin.

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och fått praktisk utbildning i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning. Vi har under året haft tätare egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar och utifrån resultatet haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Infektionsregistrering har följts varje månad. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta.

Andra viktiga åtgärder för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete 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 i mycket hög grad.

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

Verksamheten har inte haft några konstaterade fall av Covid -19 under året.

Avvikelser har 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.

Framåtblick 2022

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt riktlinjer och rutiner utifrån pandemin.

Vi arbetar vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår 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. Munhälsan är en viktig del i arbetet.

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 50 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd

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.

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. Det finns utsedda sjuksköterskor med särskilt ansvar inom bland annat områden för hygien och läkemedelshantering

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.

Vid 2 rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar 2-3 ggr per vecka. 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 ca 1 gång per månad där fokus ligger på uppföljning, analys och utveckling. Under pandemin har vi haft täta kortare informationsmöten och lägesrapportering efter behov men minst 1 gång per vecka.

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

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

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 haft tätare kontakt och samverkan med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm

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 året har vi på grund av pandemin endast tagit emot bokade besök. Lokala rutiner finns för att genomföra besöken på ett smittsäkert sätt med skyddsutrustning. Anhöriga har kontinuerligt informerats via mejl och telefonsamtal om sina närstående och aktuell information från verksamheten.

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 som utreder, analyserar och beslutar om och vilka åtgärder som behöver vidtas.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet/synpunkten som också informeras om vilka åtgärder som vidtas. 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 per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	10 gånger per i år	Vårdhygiens blanketter för självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelse	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer

Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	1 gång per månad	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	2 gånger 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

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade 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 fokus varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner. Verksamheten har fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har åtgärder vidtagits för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. Vaccinationer har genomförts i samverkan med Familjeläkarna

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar av hygienombud vid 10 tillfällen under året.

Rutiner finns för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning samt för utökad städning och desinfektion i lokaler och boendes lägenheter. Rutiner finns för säkra besök och vi har endast haft bokade besök.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso-

och sjukvårdsdokumentation och dokumentation av avvikelser. Arbetet med att utveckla nutritionvårdsprocessen har fortsatt skett med stöd och i samarbete med stadsdelens dietist.

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

Vi genomförde i september en workshop i samverkan med Familjeläkarna med inriktning hur vi ska utveckla vården i livets slutskede.

Risakanalys

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

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.

De riskanalyser som genomförts under året har i huvudsak varit relaterade till pandemin. Utifrån identifierade risker har verksamheten upprättat handlingsplaner med åtgärder vilka följts upp dagligen i perioder men minst en gång per vecka av verksamhetschef

Utredning av händelser – vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada inträffat i verksamheten.

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 44(46) journaler varit upprättade vid enheten. Alla siffror inom parentes är föregående års siffror. Den sista december 2021 var 37 journaler öppna (35).

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	<p>1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.</p> <p>1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.</p> <p>1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.</p>	<p>1.1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 10 gånger per år.</p> <p>1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.</p> <p>1.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.</p>	<p>Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 98 procent</p> <p>Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent</p> <p>Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent</p>	<p>Ej godkänt resultat. Målet är 100 procent</p> <p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 91 procent Undernäring uppgår till 91 procent Trycksår uppgår till 91 procent <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 75 procent Undernäring uppgår till 41 procent Trycksår uppgår till 16 procent 	Godkänt resultat

3. Alls patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	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	3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 67 procent Undernäring till 54 procent Trycksår till 100 procent 	Ej Godkänt resultat Godkänt resultat
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)	4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig 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 minst 90 procent av patienterna.	4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad 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 bedömning av munstatus enligt ROAG.	4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar: <ul style="list-style-type: none"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 8 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 0 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 8 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 86 procent 	Ej godkänt resultat
5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 50 procent ska dokumenterad utredning/analys och planerade 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 planerade åtgärder finns dokumenterat uppgår till 44 procent	Ej godkänt resultat

Samlad analys av egenkontrollen

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

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 97 %

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

Antalet inrapporterade avvikelser har minskat något jämfört med föregående år. Analysen är att avvikelshanteringen behöver förbättras. Verksamheten ska fortsätta sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genom utbildningsinsatser utvecklats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Verksamheten behöver fortsatt utveckla sitt arbete med Nationella kvalitetsregister som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt vid palliativ vård i livets slutskede.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men behöver regelbundet följas upp med internkontroller.

Avvikelser

Under året har totalt 61 (68) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell. Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

Typ av avvikelse	Antal
Fall , varav	56
• med fraktur som följd	1
Läkemedel , varav	5
• Utebliven dos	5

Analys:

Antal fallavvikelser har minskat något. Det kan vara svårt att helt förhindra att en boende faller men insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen för enskilda. Åtgärder som minskar risken för fallskador bidrar till att få fall leda till fraktur

Vid utredning av inträffade läkemedelavvikelser ses att missade doser främst skett i samband med personalbyten och överrapportering på eftermiddagar. Vidtagna åtgärder har lett till minskat antal avvikelser och arbetet fortsätter med att förtydliga rutinen för ansvarsfördelning och rapportering mellan arbetspass och vid passbyten.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål via IVO eller patientnämnden har inkommit under året.

Händelser och vårdskador.

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada eller risk för vårdskada inträffat i verksamheten.

Risikanalys

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 har uppnåtts. Under pågående pandemi har ett stort fokus legat på riskinventering och riskanalys för att minska risken för smitta och smittspridning vilket har berört många områden och många processer har pågått samtidigt.

Kontinuerliga riskanalyser är och har varit en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget med covid-19.

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

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 men har förbättrats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

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

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler och skyddsutrustning samt riktlinjer och rutiner utifrån pandemin.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshantering och individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår 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 nutritionvårdsprocessen i samverkan med dietist.

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 75 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd

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