



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-26 Jonna Hermansson

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	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.....	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	102
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter.....	133
Händelser och vårdskador	13
Riskanalys	133
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

De huvudsakliga målen för 2020 har varit att:

- förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor
- göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att identifiera riskpatienter
- göra munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG för att identifiera patienter med ohälsa i munnen
- kvalitetssäkra delegeringsförfarandet

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten har varit arbetet med att förhindra/förebygga och begränsa smittspridningen av Covid -19.

Arbete med hygien har varit central. Före pandemins utbrott genomförde enheten en hygienrond i med Vårdhygien Stockholm. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner samt punktprevalensmätning och praktisk utbildning i hantering av skyddsmaterial har genomförts. Infektionsregistrering har följts och analyserats

Verksamhetens arbete med att identifiera risker för vårdskador och ett förebyggande arbetssätt med patienter med risk för fall undernäring och trycksår har identifierats. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt bedömning av munhälsa har genomförts. För att säkerställa delegeringsförfarandet har all omvårdnadspersonal genomgått delegeringsutbildning med fastställt utbildningsmaterial. Verksamheten har infört ett nytt arbetssätt för hantering av uteblivna signaturer med stärkta rutiner och personlig uppföljning för att säkra ett korrekt delegeringsförfarande.

De egenkontroller som genomförts visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet till mycket stor del uppnått under 2021.

Framåtblick 2021

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

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.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2020

1. Alla patienter ska ha erbjudas riskbedömning för fall, undernäring och trycksår.
2. För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska utredning göras för minst hälften av patienterna. Utredningen ska omfatta:
 - 2.1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 2.3. beräkning av dagligt energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) erbjuds och görs för 85 procent av patienterna som tackat ja till erbjudandet.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
6. Minska antalet uteblivna signeringar vid administrering av läkemedel med minst 50 procent.
7. Användandet av nationella kvalitetsregister ökar.
8. Egenkontroller görs utifrån uppsatta mål 2020.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och utför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. För de patienter som tackar nej till bedömning ska detta dokumenteras.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar och beräknar följande för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning:
 - 2.1. mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. nattfasta i tre dygn
 - 2.3. dagligt energibehov
3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och gör munbedömning enligt ROAG för 85 procent av patienterna som tackar ja till erbjudandet.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
 - 5.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 5.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
 - 5.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
 - 6.1 Utveckling av delegeringsförfarandet med stärkta signeringsrutiner.
 - 6.2 Kvalitetsråd införs i verksamheten med start i februari 2020 där antalet avvikelser ses över, analyseras och åtgärder vidtas för att förhindra upprep-

ning.

7.1 Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar gjorda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt värden i livets slutskede i nationella kvalitetsregister.

7.2 Stärka det tvärprofessionella teamarbetet.

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 sjukvårdslagen (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 kontinuerligt 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 i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda ansvariga sjuksköterskor, bland annat inom områden för basal hygien och läkemedelshantering. Sjuksköterskorna ansvarar för att utreda avvikelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador.

Intern samverkan

Verksamhetschef och MAS samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Verksamhetschef, MAS och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Tvärprofessionella teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast), kontaktperson samt biträdande chef. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten för att förebygga vårdskada. Verksamheten samverkar med intilliggande vård- och omsorgsboende om sjuksköterskeinsatser jourtid. Legitimerad personal på servicehuset och på vård- och omsorgsboendet har gemensamma möten med verksamhetschef ca två gånger per månad.

Stadsdelens dietist har under året tilldelat sjuksköterskor specifikt informationsmaterial för nutrition vid covid-19.

Extern samverkan

Samverkan sker med Familjeläkarna Saltsjöbaden som enligt avtal ansvarar för den medicinska vården. Läkare besöker verksamheten 1 gång per vecka, och finns tillgänglig på telefon två dagar per vecka. Samverkansmöte sker årligen.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar vid behov med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm enligt avtal. Under pandemin har verksamheten även samverkat med Smittskydd Stockholm samt SLSO smittspårningsteam enligt rutin.

Apotekare/farmaceut från Apoteket gör en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen en gång per år enligt avtal och möjlighet till ytterligare samverkan finns vid behov.

Patienters och närståendes delaktighet

För att göra patienter delaktiga erbjuds vårdplanering i samband med inflyttning. Närstående erbjuds medverka vid vårdplanering efter inhämtat samtycke. Under vårdplaneringen diskuteras hur vården ska säkerställas med patientens behov, vanor och önskemål i centrum. Medverkande är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kontaktperson och biträdande chef. Närstående erbjuds delta i brytpunktsamtal av läkare och/eller sjuksköterska vid vård i livets slut.

Pandemin har medfört att det införts tillfälliga besöksförbud i verksamheten. Undantag för besöksförbud har möjliggjorts vid särskilda omständigheter.

Verksamheten har under denna tid skickat brev till närstående med verksamhetsnära information. Individuella överenskommelser med patienten och hans närstående om ytterligare kontaktvägar och frekvens har gjorts.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

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

Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas. Planerade åtgärder och riskbedömning görs. Samtliga avvikelser åtgärdas omgående eller så snart möjlighet ges.

Analys av samtliga inträffade avvikelser och beslut om åtgärder görs månadsvis på verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat. Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna återkopplas till övrig personal på avdelningsmöten och/eller arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

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

Klagomål och synpunkter

Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter registreras och diarieförs. Därefter skickats de till aktuell enhet för vidare utredning. Externa klagomål från patienter och/eller närstående är en del av verksamhetens avvikelshandling och ses som en viktig del i förbättringsarbetet.

Klagomål och eller synpunkter kan lämnas direkt till enheten via telefon, mejl eller muntlig kommunikation. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Muntliga klagomål skrivs ner på särskilt blankett och diarieförs.

Enhetschef ansvarar för utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS: Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskas får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs.

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS.

Inkomna synpunkter och klagomål tas upp i verksamhetens kvalitetsråd månadsvis. Där sker en ytterligare övergripande analys av klagomålet/synpunkten och behovet av åtgärder på enhetsnivå nivå ses över.

Egenkontroll

Egenkontroller som har genomförts under 2020

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	1 gång per år	Vodok Senior Alert
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och trycksår	1 gång per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Vårdhygiens blankettetter: Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per året.	Punktprevalensmätning, SKR
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och webbaserad utbildning i användandet av skyddsutrustning.	1 gång per år	Utbildningsbevis
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	1 gång per år	Vodok
Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	HSL- indikatorer
Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	1 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Avvikelser	1 gång per månad	Vodok avvikelsemodul Genomgång månadsvis på enhetens kvalitetsråd
Patientens klagomål och synpunkter	Minst 1 gång i månaden	Inkomna klagomål och synpunkter. Genomgång månadsvis på enhetens kvalitetsråd.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten har varit arbetet med att förhindra/förebygga och begränsa smittspridningen av Covid -19. För det har arbetet med hygien, skyddsutrustning, provtagning och kohortvård varit central.

Före pandemins utbrott genomförde enheten en hygienrond i med Vårdhygien Stockholm. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner genom självskattning på vårdhygiens framtagna formulär har genomförts vid två tillfällen under året samt Punktprevalensmätning.

För de patienter som vid riskbedömning identifieras med risk för fall, undernäring och trycksår gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en utredning och vidtar förebyggande och behandlande åtgärder enligt gällande rutiner.

Verksamhetens tvärprofessionella teammöten och kvalitetsråd har vidareutvecklats. Stärkta rutiner för delegering och uppföljning av delegeringsförfarandet har upprättats för att minska enhetens uteblivna signaturer.

Legitimerad personal har utbildats dokumentation av avvikelser samt dokumentationsstöd vid covid-19.

Risakanalys

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.

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

På individnivå gör den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktperson, 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.

Under 2020 har även riskanalyser genomförts på såväl enhets- som individnivå med anledning av covid 19. Riskanalys på individnivå för patienten har genomförts i samband med misstänkt smitta och har hållits uppdaterad tills patienten bedömts smittfri. Riskanalyser på enhetsnivå har genomförts sedan början av 2020, innan pandemins utbrott och har omfattat områden som bland annat hygien, smittspridning, bemanning, kohortvård och skyddsutrustning. Riskanalyserna har sedan följts upp kontinuerligt, varannan månad eller oftare vid behov, av verksamhetschef och medarbetare. Riskanalysen har gett verksamheten en god beredskap för de utmaningar pandemin har medfört och smittspridningen i verksamheten har varit begränsad.

Utredning av händelser - vårdskador

På verksamhetens kvalitetsråd sker en övergripande analys av de händelser som medfört eller skulle kunnat medföra vårdskada. Det finns ett behov av fortsatt utveckling av dokumentationen kring bakomliggande orsaker och analys.

Informationssäkerhet

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst.

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

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformationen genomförs loggkontroller varje månad av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ enligt skriftliga rutiner. Utvärderingen visar att ingen olovlig åtkomst till patientinformation i Vodok och NPÖ förekommit under året.

Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring kontrolleras vid årlig dokumentationsgranskning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och genom egenkontroll en till två gånger per år av ansvarig chef och/eller dokumentationshandedare.

Egenkontrollen omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprätthållande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 88 procent, för undernäring till 88 procent och trycksår till 88 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 81 procent, för undernäring till 49 procent och trycksår till 14 procent.	Godkänt resultat.
För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska för minst hälften av patienterna göras en utredning som omfattar: 1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn 2. mätning av nattfasta i tre dygn 3. beräkning av energibehov	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar mat- och vätskeintag, mäter nattfasta och beräknar energibehov för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning.	Granskning av andelen genomförda registreringar, mätningar och beräkningar en gång per år.	Andelen genomförda mat- och vätskeregistreringar uppgår till 0 procent, mätningar av nattfasta uppgår till 0 procent och beräkningar av energibehov uppgår till 0 procent	Inte godkänt resultat.
Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG för 85 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 88 procent.	Godkänt resultat.
Inga trycksår uppkomna på enheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 1 procent	Godkänt resultat
Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	All personal tillämpar basala hygienrutiner. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per 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 95 procent Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent. Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat Godkänt resultat Godkänt resultat
Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 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 två gånger per år.	Andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert uppgår 92 procent.	Godkänt resultat.

Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel.	Granskning av andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 83 procent	Godkänt resultat.
För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret 1 gång per år.	Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativregistret uppgår till 80 procent.	Godkänt resultat.
Kvalitetsråd i verksamheten genomförs med verksamhetens tvärprofessionella team	Verksamhetschef	Granska antal genomförda kvalitetsråd under året	Kvalitetsråd genomförs mins 10 gånger per år	Godkänt resultat.

Samlad analys av egenkontrollen

Egenkontrollerna visar ett betydligt bättre resultat 2020 och verksamheten uppnått ett godkänt resultat inom de flesta områden. De strategier som verksamheten satt upp för att nå målen har gett effekt och målen har till stora delar uppnåtts. Fyra patienter på servicehuset tackar nej till riskbedömningar vilket påverkar resultatet.

Egenkontrollerna visar också att det finns ett fortsatt utvecklingsbehov inom nutrition samt dokumentation vilket verksamheten kommer att arbeta vidare med under 2021.

Avvikelser

Under året har totalt 234 avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
Fall	27
Läkemedel	206
• Utebliven dos	3
• Dubbel dos	1
• Signering saknas för administrerat läkemedel	200
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	1
• Felaktigt läkemedel i patientens läkemedelsskåp	1
Övrigt/annat	1

Analys

Syftet med att rapportera och utreda avvikelser är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen. Det är därför viktigt för patientsäkerhetsarbete att alla avvikelser rapporteras. Flertalet avvikelser rör fortfarande utebliven signering vid administrering.

Flertalet läkemedel administreras av personal med delegering för uppgiften. Administreringen ska signeras på signeringslista som bekräftelse på att patienten tagit sina läkemedel. Utebliven signering vid administrering av läkemedel

är även i år den vanligaste typen av avvikelse. Verksamheten har under året arbetat med att minska antalet avviker. Avvikelserna med utebliven signatur har minskat med ca 60 procent från föregående år och arbetet kommer att fortsätta under 2021.

Klagomål och synpunkter

Ett klagomål har inkommit till IVO samt ett till patientnämnden. Klagomålen är för få för att kunna se mönster och trender.

Händelser och vårdskador

Inga händelser som lett till vårdskador eller som skulle kunna leda till vårdskador har framkommit under året.

Risکانالys

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

De riskanalyser som gjorts på enhetsnivå, framför allt gällande pandemin, har bidragit till en låg smittspridning i verksamheten och en god förberedelse gällande att säkerställa skyddsutrustning, bemanning och möjliggöra kohortvård vid eventuell smitta.

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL 2021

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

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 infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG

STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram, riktlinjer och rutiner vid smittsamma sjukdomar 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. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
 - 3.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 3.2 nattfasta i tre dygn
 - 3.3 dagligt energibehov
 - 3.4 munbedömning enligt ROAG