



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende

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	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	122
Klagomål och synpunkter.....	133
Händelser och vårdskador	133
Riskanalys	13
Mål och strategier för kommande år	14

Sammanfattning

Den 1 nov 2019 återgick före detta Kristallgårdens vård- och omsorgsboende från entreprenad till kommunal regi. Verksamheten bytte då namn till Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende. Målen under 2020 har varit att säkerställa hälso- och sjukvården i samband med återgången till kommunal regi.

De huvudsakliga målen för 2020 har varit att:

- förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor,
- fortsätta arbetet med att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- fortsätta det trycksårsförebyggande arbetet för att förhindra att trycksår uppkommer på enheten.
- öka avvikelserapporteringen

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

Sjuksköterskor har utbildats i avvikelseprocessen och kvalitetsråd har inrättats i verksamheten.

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

Framåtblick 2021

Verksamheten 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 jämställa 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 fortsatt 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 energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) görs för 85 procent av patienterna.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
6. Öka avvikelserapporteringen.
7. Öka användandet av nationella kvalitetsregister.
8. Göra egenkontroller 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, mäter 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 gör munbedömning enligt ROAG för 85 procent av patienterna.
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. Kvalitetsråd införs i verksamheten med start i februari 2020 där antalet avvikelser ses över, analyseras och åtgärder vidtas för att förhindra upprepning.
7. 1 Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar gjorda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt vården i livets slutskede i nationella kvalitetsregister.
 - 7.2 Stärka det tvärprofessionella teamarbetet.
8. Utveckla verksamhetens VoR inklusive egenkontroller utifrån uppsatta mål 2020.

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.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Verksamhetschef och MAS samverkar 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 servicehus om sjuksköterskeinsatser jourtid. Legitimerad personal på vård- och omsorgsboendet och servicehuset har gemensamma möten med verksamhetschef cirka två gånger per månad.

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 läkemedelshanteringen 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, fysioterapeut/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 från 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. Avvikelser och övergripande åtgärder 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 avvikelsehantering 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) önskats 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. Egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner samt punktprevalensmätning och praktisk utbildning i hantering av skyddsmaterial har genomförts. Infektionsregistrering har följts och analyserats

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.

Fortsatt arbete för att stärka rutiner och samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen på Älvsjögården och intilliggande verksamhet, Älvsjö servicehus.

Införande av kvalitetsråd och utveckling av de tvärprofessionella teammötena.

Legitimerad personal har fått utbildning i registrering av avvikelser, dokumentation av avvikelser samt dokumentationsstöd vid covid-19.

Risikanalyser

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 riskanalyser på såväl enhets- som individnivå med anledning av covid-19 gjorts i verksamheten. Riskanalys på individnivå för patienten har genomförts i samband med misstänkt/konstaterad 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, skyddsutrustning. Riskanalyserna har sedan följts upp kontinuerligt, varannan månad eller oftare vid behov, av verksamhetschef och medarbetare.

Risikanalysen 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 säkerställa 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 granskas genom egenkontroll en till två gånger per år av ansvarig chef och/eller dokumentationshandledare och årlig dokumentationsgranskning av MAS.

Egenkontrollen omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprätande 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 77 procent, för undernäring till 77 procent och trycksår till 68 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 100 procent, för undernäring 77 procent och trycksår 71 procent.	Inte 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 1. mat- och vätskeregistreringar uppgår till 0 procent, 2. mätningar av nattfasta uppgår till 0 procent 3. beräkningar av energibehov uppgår till 0 procent.	Inte godkänt resultat.
Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 85 procent av patienterna.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG för 85 procent av patienterna.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 61 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle andelen gjorda bedömningar uppgått till 85 procent
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 till 20 procent.	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna ha registrerats.

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 98 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 40 procent	Inte godkänt resultat.
Kvalitetsråd genomförs i verksamheten med enhetens tvärprofessionella tema	Verksamhetschef	Granska antalet genomförda kvalitetsråd i verksamheten under året	Minst 10 genomförda kvalitetsråd	Godkänt resultat

Samlad analys av egenkontrollen

Årets 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. Utbildning i dokumentation fortsätter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Verksamheten har sedan årsskiftet en dokumentationshandledare utsedd i verksamheten och kommer tillsammans med verksamhetschef arbeta mer intensivt med de delar som saknas under 2021

En av orsakerna till att andelen aktuella riskbedömningar och registreringar i Senior Alert inte riktigt nådde målen var att verksamheten i månadsskiftet oktober/november drabbades av smittspridning av covid-19 och riskbedömningarna hann därmed inte uppdateras i tid. Handlingsplan är upprättad och samtliga riskbedömningar kommer att vara uppdaterade våren 2021.

Rutiner för arbetet med nattfasta och mat och vätskeregistrering har stärkts och kommer att följas upp oftare under kommande år.

Registreringstiden för Palliativa registret är förlängt till 1 april 2021, så verksamheten kommer att registrera samtliga patienter innan dess.

Den samlade analysen av den egenkontroll som gjorts under perioden visar att verksamheten behöver utveckla arbetet med dokumentation, kvalitetsregister och nutritionsvårdsprocessen.

Avvikelser

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. Under perioden har endast **ett par** avvikelser rapporteras, vilket troligtvis är en underrapportering och därmed ett förbättringsområde

Under året har totalt 38 avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
Fall	24
Läkemedel, varav	12
• Utebliven dos	8
• Signering saknas för administrerat läkemedel	1
• Feladministrerat/felgivet läkemedel	1
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	2
Specifik omvårdnad	1
Nutrition	1

Analys

Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven dos. Vid granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen framkommer att antalet fall som är dokumenterade i journalerna uppgår till 84. Det finns alltså en underregistrering/rapportering av fall med 71 procent.

Rapporteringen av avvikelser har ökat under året men fortfarande råder underrapportering varpå arbetet med att rapportera och registrera avvikelser är ett förbättringsområde även kommande år.

Under senare delen av året har det framkommit att en bakomliggande orsak till underrapporteringen är att en del sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap om korrekt hantering av avvikelsemodulen. Utbildning har getts till sjuksköterskor i februari 2021.

Klagomål och synpunkter

Inget klagomål som rör hälso- och sjukvården har inkommit under året, vilket gör att det inte går att se mönster och trender.

Händelser och vårdskador

Avvikelser i verksamheten rapporteras i avvikelsemodul i Vodok.

Samtliga avvikelser går igenom i verksamhetens kvalitetsråd och analyseras med fokus på om händelsen skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Inga händelser som rapporterats under året har medfört vårdskada. Verksamheten har påbörjat ett strukturerat sätt för att utveckla de delar av utredningen som bakomliggande rör orsaker och analys och arbetet kommer att fortsätta under 2021.

Riskanalys

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

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

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL-

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 (Revised Oral Assessment Guide)

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