



Patientsäkerhetsberättelse Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Trekantens Servicehus

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-21

Päivi Palomäki 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
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	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador	14
Riskanalys	14
Mål och strategier för kommande år	14

Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårddagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Att 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 att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad.

För att minimera risken för smitta och spridning av covid-19 har risk- och konsekvensanalyser upprättats. Utbildningar i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts och kompletterats med praktisk handledning i hantering och användning av skyddsutrustning vid covid-19. Egenkontroller av följsamhet i hygienrutiner har genomförts. Kohortvård har tillämpats vid de enstaka fallen av misstänkt smitta och smitta. Ingen smittspridning har skett.

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.

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 och samverkat med stadsdelens dietist och verksamhetscontroller.

Egenkontroll visar att enheten under året förbättrat sitt arbete med individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen. Inga vårdskador har förekommit under året. Ingen smittspridning av covid-19 har skett.

Enheten kommer att arbeta för en god hälso- och sjukvård som är trygg, säker och förebyggande genom att utbilda personal och fortsätta med tvär professionella team-möten.

Framåtblick 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.

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

Maten har en medicinsk betydelse och är att 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 fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Mål 2020

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

STRATEGIER

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

Organisation och ansvar

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

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

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

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

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda sjuksköterskor med särskilt ansvar inom bland annat palliativ vård 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 ett mötestillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på vardagar. 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 2 tillfällen per månad där fokus ligger på planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Under året har verksamhetschef haft tätare informations möten med personal på grund av pandemin. Stadsdelens verksamhetscontroller har informerat och utbildat personal, tätare samverkan med MAS har varit aktuellt. Uppföljning av smittade och misstänkta med smitta har rapporterats till Äldreförvaltningen tre gånger i veckan under hösten.

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 vid flera tillfällen samverkat med Smittskydd och SLSO:s 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 i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

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

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

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

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i

patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

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

Klagomål och synpunkter

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

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef samt skickas till registrator och diarieförs. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Att klagomål/synpunkt har tagits emot bekräftas direkt och åtgärder som planeras återkopplas till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt, men senast inom 14 arbetsdagar. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2020 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none">• Fall• Undernäring• Trycksår• Inkontinens• Munhälsobedömning• ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	3 gånger per år	Vårdhygiens blanketter för 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 månad	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	2 gånger per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandlingen	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per månaden	Inkomna klagomål och synpunkter
Loggkontroll	1 gång per månaden	Vodok

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 mötesfrekvensen utökats. Under pandemin har rekommendationer och riktlinjer reviderats och nya har tillkommit kontinuerligt. Fokus har varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet

Med anledning av pandemin har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har handlingsplan med åtgärder upprättats för det förebyggande arbetet med att förhindra smitta och smittspridning

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Praktisk utbildning och handledningstillfällen i korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätning.

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

Rutiner har upprättats för kontinuerlig inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning samt för utökad städning och desinfektion av Tag- ytor i lokaler och boendes lägenheter.

Rutiner har upprättats för säkra besök i samband med besöksförbud

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

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

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

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har verksamheten samverkat med stadsdelens dietist.

Risikanalys

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Med anledning av pandemin och risk för smittspridning av covid-19 har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser.

Områden som behandlats är bland annat tillgång, hantering och korrekt användning av skyddsutrustning. Personalens kunskap, kompetens och följsamhet till basala hygienrutiner och gällande riktlinjer och rutiner vid covid-19. Arbetsledning, informationsöverföring och dokumentation, bemanning/personalförsörjning och säkra besök vid undantag från besöksförbud.

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 samt diarieförs.

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

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utretts 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 85 (76) journaler varit upprättade vid enheten.

Den sista december 2020 var 63 (59) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2020

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	1. Planeringsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	1)Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 98 %Undernäring uppgår till 98 %Trycksår uppgår till 98 % Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 73 %Undernäring uppgår till 24 %Trycksår uppgår till 17 %	Godkänt resultat

	2. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	2) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 44 % Undernäring till 100 % Trycksår till 60 % 	Ej godkänt resultat
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.	Planeringsansvarig sjuksköterska genomför 1. bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet Roag 2. bedömning av kontinens med bedömningsinstrumentet Nikola	1) Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år. 2) Granskning av andel genomförda screeningar av inkontinens med bedömningsinstrumentet Nikola minst en gång per år	1) Andel genomförda munhalsbedömningar med Roag uppgår till 93 % 2) Andel genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/inkontinens med Nikola Uppgår till 90 %	Godkänt resultat Godkänt resultat
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen	Granskning av andelen trycksår uppkomma i verksamheten varje månad	Uppkomna trycksår i verksamheten uppgår till ca 4 %	Godkänt resultat. Målet är 0 %
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner. 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner. 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. 4.4. Hygienrond genomförs vartannat år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 3 ggr 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 90 % Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 % Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 %	För att uppnå ett godkänt resultat skulle följsamheten vara 100 % Godkänt resultat Godkänt resultat

5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en systematisk läkemedelsgenomgång genomförd	Planeringsansvarig sjuksköterska initierar till att en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare	Granskning av andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång	Andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång uppgår till 100 %	Godkänt resultat
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen ska följas till 100 procent.	Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen	Uppföljning av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen	Resultat av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen	Extern granskning har inte kunnat genomföras på grund av. Pandemin. Planeras under våren 2021
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar minst 90 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.	Andel riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert uppgår till 96 procent	Godkänt resultat
8. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas	All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.	Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat	Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 41 %	Godkänt resultat

Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamheten mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 till stor del har uppnåtts.

Individuella riskbedömningar har genomförts i hög grad. Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 95 %

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är lägre än föregående år. Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och indikerar att personalen följer rutinerna. Det finns dock ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder

Antalet inrapporterade avvikelser har minskat en del jämfört med föregående år. Det kan bero på en underrapportering i avvikelserapporteringen. Kontrollen och uppföljning av avvikelser varje månad fungerar vid enheten men verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

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 144 (184) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall varav	124
• Fraktur som följd	4
Läkemedel , varav	20
• Utebliven dos	16
• Fel läkemedel i ordningställts	1
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	3

Analys:

I jämförelse med föregående år har antalet avvikelser minskat något. Varje månad görs en sammanställning av inträffade avvikelser.

I analysen av bakomliggande orsaker till fallavvikelser har inte något speciellt mönster konstaterats. De fallpreventiva åtgärderna baseras på den individuella riskanalysen, till exempel miljöanpassning, läkemedelsgenomgång, nutritionsåtgärder, och förskrivning av hjälpmedel.

I analysen av läkemedelsavvikelser framgår att det främst handlar om uteblivna doser som en följd av bristande följsamhet till rutiner för kontroller i samband med läkemedelsutdelning. Vidtagna åtgärder är att sjuksköterskan ser över delegeringsförfarandet och har samtal med den berörda personalen.

Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten har tagit emot och besvarat ett klagomål som rör sårvård. Klagomålet inkom via Patientnämnden. Granskning och beslut visade att verksamhetens åtgärder varit adekvata och ärendet avslutades. Många synpunkter och klagomål handlar om anhörigas oro för patientens trygghet och tillgång till snabb hjälp.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada inträffat i verksamheten

Riskanalys

Riskhanteringen har på grund av pandemin omfattat flera områden i hela verksamheten. Riskanalyserna har resulterat i handlingsplaner med åtgärder och uppföljning.

Genom riskanalyser har det blivit tydligt vilka förbättringar eller uppdateringar av rutiner som behövt göras för att minska risken för smitta och smittspridning. Det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder

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

Verksamhetens egenkontroll av åtkomst till patientinformation i Vodok och NPÖ har inte visat på några brister i informationssäkerheten. Ingen olovlig åtkomst till patientinformationen har framkommit under året.

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

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

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten 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.

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

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 arbeta med att utveckla

nutritionsvårdsprocessen.

MÅL 2021

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
5. Minst 50 % 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