



Patientsäkerhetsberättelse Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Axgårdens vård- och omsorgsboende

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-04

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.....	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.....	12
Klagomål och synpunkter.	13
Händelser och vårdskador.....	13
Riskanalys.....	13
Mål och strategier för kommande år	14

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. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna.

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.

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att utveckla demensvården genom ökat användande av BPSD-instrumentet.

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

Verksamheten hade under januari en smittspridning av covid-19 på en avdelning med inriktning somatik. Smittspridningen sammanföll med en ny våg av ökad samhällssmitta. Med god tillgång till skyddsutrustning, provtagning och smittspårning kunde smittspridning begränsas.

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

Vi kommer också arbeta vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på analys, åtgärder och

uppföljning.

Det är viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

Arbetet med att utveckla demensvården genom ökat användande av BPSD-instrumentet kommer fortsätta under 2022

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Mål 2021

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
5. Minst 25 procent av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och vårdrelaterade infektioner.
- 1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
 - 4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2 nattfasta i tre dygn
 - 4.3 dagligt energibehov

4.4 munstatus enligt ROAG för 90 procent av patienterna.

5. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser

Organisation och ansvar

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

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

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

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. 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 två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar 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 1 tillfälle per månad där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Under pandemin har vi haft täta kortare informationsmöten och lägesrapportering efter behov men minst 1 gång per vecka.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

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

Extern samverkan

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I regelbundna samverkansmöten under året där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och boendes verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har tillgång till 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.

Med anledning av pågående pandemi har verksamheten haft samverkan med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm vid några tillfällen för att säkerställa korrekt omhändertagande vid misstänkta eller bekräftade fall med covid-19 infektion.

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 och pandemin har anhöriga informerats via mejl och telefonsamtal om sina närstående och aktuell information från verksamheten. Lokala rutiner finns för att genomföra besök på ett smittsäkert sätt och med skyddsutrustning. Vi har rekommenderat och endast haft bokade besök.

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. Avvikelsena 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 fattar beslut om åtgärder.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten under utredningen och en återkoppling om beslutade åtgärder ges så snart det är möjligt. 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 per månad	Rapporterade av 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 i år	Vårdhygiens blanketter 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 av hälso- och sjukvårds indikatorer

Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	2 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 månad 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

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 bedömningsinstrument. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad. 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 rekommendationer och riktlinjer reviderats och nya har tillkommit kontinuerligt. Vårt fokus har fortsatt varit att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet.

Med anledning av den fortgående pandemin har verksamheten efter behov genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har enhetens utarbetade handlingsplaner med åtgärder använts för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Som komplement till webbutbildning har praktisk utbildning och handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning genomförts av sjuksköterska och hygienombud.

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar av hygienombud vid 10 tillfällen under året.

Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och samverkan med vårdhy-

gien, smittskydd och smittspårningsteam för att säkerställa ett korrekt omhändertagande/kohortvård samt smittspårning vid konstaterad smitta.

Vi har följt utarbetade rutiner för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning. Rutin för utökad städning och för desinfektion av Tag- ytor i lokaler och boendes lägenheter har följts under året. Vi har bara haft bokade besök i verksamheten och följt de upprättade rutinerna för säkra besök.

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts

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 AB med inriktning hur vi ska utveckla vården i livets slutskede.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen skett i samarbete med dietist.

Sjuksköterskor har erhållit dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation

Vi har påbörjat arbetet med att förbättra avvikelshanteringen genom att dels belysa vikten av att rapportera utreda och analysera avvikelser på APT och personalmöten. Vi har också inrättat ett kvalitetsråd för analys av förekommande avvikelser.

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.

Med anledning av pandemin och risk för smittspridning av covid-19 har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser. Riskområden som verksamheten identifierat är 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. Verksamheten har arbetat enligt upprättade åtgärds/handlingsplaner vilka följts upp

efter behov men minst en gång per vecka av verksamhetschef.

Utredning av händelser – vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utretts.

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 57 (68) journaler varit upprättade vid enheten. Den sista december 2021 var 41 (40) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 10 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 98 procent	Ej godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat

<p>2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.</p>	<p>2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.</p>	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 98 procent Undernäring uppgår till 98 procent Trycksår uppgår till 98 procent <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 70 procent Undernäring uppgår till 58 procent Trycksår uppgår till 18 procent 	<p>Godkänt resultat</p>
<p>3. Alls patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.</p>	<p>3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen</p>	<p>3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 52 procent Undernäring till 30 procent Trycksår till 75 procent 	<p>Inte godkänt resultat</p>
<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 13 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 0 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 9 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 98 procent 	<p>Inte godkänt resultat Inte godkänt resultat Inte godkänt resultat Godkänt resultat</p>
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och planerade åtgärder finnas</p>	<p>All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och planerade åtgärder finns dokumenterat uppgår till 36 procent</p>	<p>Godkänt resultat</p>

Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 inte har uppnåtts till fullo.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 95 %

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög men 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

Smittspridning av Covid-19 inträffade i början av året på en avdelning med inriktning somatik. Smittspridningen sammanföll med ökad samhällssmitta. Riskanalyser och handlingsplan med åtgärder begränsade smittspridningen. Med god tillgång till skyddsutrustning, provtagning och smittspårning har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning väsentligen förbättras jämfört med föregående år.

Antalet inrapporterade avvikelser med dokumenterad analys/utredning har ökat något jämfört med föregående år. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att rapportera samt utreda och analysera 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 liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Verksamheten registrerar i det nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede.

Avvikelser

Under året har totalt 82(88) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell: Inom parentes föregående års siffror

Typ av avvikelse	Antal
Fall , varav	74
• fraktur	2
Läkemedel , varav	8
• Utebliven dos	5
• Dubbel dos	1

• Övrigt/annat	1
• Utebliven signering av utlämnad läkemedeldos	1

Analys:

Antalet avvikelser har minskat något från föregående år vilket kan indikera att avvikelserapporteringen behöver förbättras.

Efter analys om orsaker till fall och insatta åtgärder minskar fallen för enskilda individer. De fallförebyggande åtgärderna utgår från resultatet av den individuella riskbedömningen. Åtgärder kan bestå av läkemedelsgenomgång, miljöanpassning, hjälpmedelsförskrivning med mera. Få fall leder till fraktur. Vid analys kan man se att fallen oftast inträffar i början av vårdtiden. Fallen sker framför allt i samband med att boende förflyttar sig själv. Vi kommer fortsatt arbeta med att minska antalet fall i samverkan med läkarorganisationen.

Det låga antalet rapporterade läkemedelsavvikelser indikerar en underrapportering. Det gör att mönster eller trender som kan indikera brister i verksamheten inte kan ses. Enheten ska fortsatt jobba med avvikelserapportering

Klagomål och synpunkter

Under året har inga klagomål och synpunkter lämnats in gällande hälso- och sjukvård.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utretts

Riskanalys

Kontinuerliga riskanalyser kopplade till covid-19 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.

Utarbetade handlingsplaner med åtgärder och uppföljning har kunnat användas.

Resultatet av genomförda egenkontroller av hygienrutiner och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten inte helt når målet 100 %. Täta egenkontroller, riktade insatser utifrån resultatet, samt att hitta olika informationsvägar får att nå samtliga medarbetare är viktiga faktorer till följsamhet.

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

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. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde

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 från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin.

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

För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda behöver och kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

Verksamheten ska utveckla demensvården

MÅL 2022

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

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. Planeringsansvarig 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
6. För samtliga patienter med demensdiagnos gör teamet en BPSD-skattning och registrerar i BPSD registret.