



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-10 Charlotte Backteman

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll



Stockholms stad

.....	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	5
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser – vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Egenkontroll.....	9
Avvikelser.....	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador.....	12
Riskanalys.....	12
Mål och strategier för kommande år.....	13

Sammanfattning

Mål

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade 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)

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Årets viktigaste åtgärder har varit att förhindra/förebygga smittspridning av covid-19. Att säkerställa att alla medarbetare har haft kompetens genom egenkontroller, PPM-mätningar och Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Fortsatt har arbetet lagts på att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen och då framför allt det kartlagda hälsotillståndet, riskbedömningar för munhälsa, trycksår, fall och undernäring. Att upprätta hälsoplaner med åtgärder som följs upp regelbundet. På kvalitetsråd har avvikelser diskuterats i teamet där analysen har lett fram till flera ändringar i rutiner för att minska risken att händelser inträffar igen.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner
Välfungerande teamarbete vid riskbedömningar analys och åtgärder.
Antal patienter som har aktuella riskbedömningar för fall, undernäring, Trycksår och ohälsa i munnen har ökat och når uppsatta mål.

Framåtblick 2022

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.

Fortsatt arbeta för att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

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 med att utveckla nutritionsvårdsprocessen

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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. Planeringsansvarig 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

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 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 en gång per månad.

Extern Samverkan

Samverkan sker med Familjeläkarna Saltsjöbaden som enligt avtal ansvarar för den medicinska vården. Patientansvarig läkare besöker verksamheten en gång per vecka, och finns tillgänglig på telefon två dagar per vecka. Övrig tid nås namngiven jourläkare med inställetid på 2 timmar om behov finns. Samverkansmöte sker årligen.

Samverkan med utförare av uppsökande verksamhet för munhälsobedömningar sker samt för nödvändig tandvård. Årlig munhälsoutbildning erbjuds all baspersonal.

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 chef. Närstående erbjuds delta i brytpunktsamtal av läkare och/eller sjuksköterska vid vård i livets slut.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser. Baspersonal rapporterar avvikelser 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. Övergripande åtgärder på organisatorisk- och enhetsnivå 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 avvikelshandtering 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 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 2021

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none">• Fall• Undernäring• Trycksår• Inkontinens	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok

<ul style="list-style-type: none"> • Munhälsobedömning • ADL-bedömning 		
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och trycksår	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Antibiotikaföreskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Vårdhygiens blanketter: Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år.	Punktprevalensmätning, SKR
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och webbaserad utbildning i användandet av skyddsutrustning.	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per månad	Rapporterade Hälso- och sjukvårdsindikatorer
Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	1 gång per år	Svenska Palliativregistret
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
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

Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta av framför allt covid-19 har varit centralt på enheten. För att öka patientsäkerheten har frikostig provtagning varit aktuell. Vaccinationer har genomförts. Arbetet med att säkerställa att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer vad gäller skyddsutrustning och kohortvård har skett dagligen.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts regelbundet. PPM mätningar har utförts, analyserats och handlingsplan upprättats som följts upp. Månatlig infektionsregistrering har följts upp.

När behov har funnits har samarbete skett med Smittskyddsenheten och Smittspårningsteamet.

Det tvärprofessionella teamets arbete har under året fortsatt att utvecklas.

Teamets kompetens med den äldre och hens önskemål är i fokus och all spetskompetens kommer den äldre till gagn.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har fortbildats i dokumentation av kartlagt hälsotillstånd, riskbedömningar och avvikelser.

Planeringsansvarig hälso- och sjukvårdspersonal har utfört riskbedömningar för fall undernäring, nutrition och munhälsa. Hälsoplaner har upprättats efter analys, åtgärder satts in och följts upp i teamet.

Risikanalys

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.

Pandemin fortsätter och fortsatt finns ett stort fokus på att följa upp genomförda riskbedömningar, handlingsplaner och åtgärder utifrån smittläget på enheten.

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 planeringsansvariga 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.

Utredning av händelser – vårdskador

På verksamhetens kvalitetsråd sker en övergripande analys av de händelser som medfört eller skulle kunnat medföra vårdskada. Bakomliggande orsaker har analyserats och flera rutiner ändrats för att minimera att händelsen sker igen.

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 har skett i Vodok eller NPÖ.

Hälso- och sjukvårdspersonalens journaler granskas två gånger per år av dokumentationshandledare. Handlingsplan har upprättats efter analys och åtgärder satts in och följts upp. Egenkontrollen omfattar att informationen 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

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 2 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 84 procent	Inte godkänt resultat
	All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektions-registreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat
	All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	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 ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.</p>	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.</p>	<p>Andelen genomförda riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fall uppgår till 94 procent, • för undernäring till 94 procent och för • trycksår till 94 procent <p>Andelen riskpatienter för:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fall uppgår till 93 procent, för, • undernäring 67 procent och för • trycksår 43 procent. 	<p>Godkänt resultat</p>
<p>3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>3.1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn</p> <p>3.2. mätning av nattfasta i tre dygn</p> <p>3.3. beräkning av energibehov</p> <p>3.4. munbedömning enligt ROAG (Revised Oral Assessment Guide)</p>	<p>För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:</p> <p>mat- och vätskeintag, nattfasta, energibehov samt genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG i samband med inflyttning.</p>	<p>Granskning av andelen genomförda registreringar, mätningar och beräkningar en gång per år.</p>	<p>Andelen genomförda</p> <p>3.1 mat- och vätskeregistreringar uppgår till 0 procent,</p> <p>3.2 mätningar av nattfasta uppgår till 0 procent</p> <p>3.3 beräkningar av energibehov uppgår till 0 procent.</p> <p>3.4 munbedömningar enligt ROAG uppgår till 69 procent</p>	<p>Inte godkänt resultat.</p> <p>Inte godkänt resultat</p>

Samlad analys av egenkontrollen

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. Verksamheten har en dokumentationshandledare utsedd. Hälso- och sjukvårdspersonalen har fått individuell utbildning av verksamhetscontroller/processledare ICF under året för att öka kunskaperna i dokumentationssystemet.

Verksamhetscontroller dokumentationshandledare och chef har genomfört ett flertal utbildningar med kompetenshöjande syfte och där dokumentationshandledaren har vidarefört kunskap till kollegor. Dokumentationssystemet är tidskrävande och det tar tid att lära sig det.

Antal utförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår når målet i år. Fortsatt måste utvecklingsarbete läggas på fullständiga nutritionsutredningar och dokumentation av nutritionvårdsprocessen.

Hälsoplanerna som upprättas när risk föreligger är inte fullständiga och uppfyller därför inte fullt ut kraven på vad en journal ska innehålla enligt riktlinjer för journalföring.

Rutiner för arbetet med nattfasta och mat och vätskeregistrering har förtydligats men fortsatt behöver arbete läggas på att arbeta mer strukturerat.

Andelen patienter som av sjuksköterskan erhållit en utförd munhälsobedömning med bedömningsinstrumentet ROAG når inte det uppsatta målet. Dels visar det sig att enheten saknat munspeglar för uppdraget. Dessa är nu inköpta.

Dels medverkar inte alla äldre till att detta utförs. Oavsett om detta utförts av sjuksköterskan eller inte får alla äldre ett erbjudande om uppsökande munhalsbedömning av det tandvårdsföretag som har avtal med region Stockholm i samband med inflyttning, och det förekommer mycket sällan att någon tackar nej till detta.

Sammantaget kan konstateras att enheten behöver utveckla nutritionsvårdsprocessen i handling och dokumentation. Varje sjuksköterska har nu schemalagda dagar för dokumentation. Prioriterat är att upprätta hälsoplaner enligt nutritionsvårdsprocessen. Ett nära samarbete sker med stadsdelens dietist och processledare ICF. Egenkontroll av nutritionsplaner kommer utföras av dokumentationshandledare och chef varje kvartal.

Enheten har en utsedd hygienansvarig sjuksköterska som strukturerat arbetar med uppföljning av basal hygien. Resultatet från de observationer som gjorts visar på en hög följsamhet till rutinen men fortsatt måste tid läggas på att utbildna medarbetarna framför allt i när händerna ska spritas. Handlingsplan upprättas tillsammans med hygiensjuksköterska.

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 året har 83 (38) avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
Fall varav	33
• fraktur	1
Läkemedel, varav	49
• Utebliven dos	42
• Dubbel dos	1
• Signering saknas för administrerat läkemedel	2
• Feladministrerat/felgivet läkemedel	1
• Fel läkemedel i patientens läkemedelsskåp	3
Vårdkedjan	1
• Felaktig information	1

Analys

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

Avvikelsemodulen som används upplevs som svår och utbildningar har genomförts under året. Även under kvalitetsråden sker genomgång av modulen och detta har lett till ökad kunskap.

Läkemedelsavvikelser som rör utebliven dos är den typ av avvikelse som är mest underrapporterad. Detta framkommer vid kvalitetsråd då baspersonal och sjuksköterskor redogör för detta. För att öka den rapporteringen sker samtal i olika forum om syftet och gällande rutiner för avvikelshantering.

Vad gäller fallavvikelserna handlar det till största delen om fall vid egen förflyttning. Det kan vara svårt att helt förhindra att en boende faller. Händelser

sker trots insatta åtgärder. Många patienter har diagnoser som medför mycket hög fallrisk och där fall sker trots insatta åtgärder. Målet kan vara att förhindra fallskador. Mycket få fall leder till fraktur.

Analys av läkemedelsavvikelser som rör utebliven dos av ordinerat läkemedel har lett till ändrade rutiner för läkemedelsdoser som ska ges vid 14-tiden. Det finns nu en namngiven ansvarig undersköterska på varje avdelning för att administrera eftermiddagsdoserna och detta har minskat dessa händelser.

Vi har även kunnat se att avvikelser som rör utebliven dos även inträffar under nattetid. Vi har nu förtydligat det rapportblad som används av nattsjuksköterskorna. Där skrivs nu klockslag för de patienter som ska ha läkemedel under natten. Detta underlättar för sjuksköterskorna att meddela baspersonalen vilka som ska ha och vilka tider medicinen ska ges. Vi har även här kunnat se att dessa avvikelser har minskat.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål som rör hälso-och sjukvård har inkommit under året.

Händelser och vårdskador

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. Vidare görs analyser för att se om det kan finnas samband. Dels på individnivå men även på enhetsnivå. Utifrån detta arbete kan sen åtgärder sättas in för att minska risk för att händelser ska ske igen.

Risikanalys

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

På enhetsnivå har riskanalyser lett till ändringar av rutiner. Som exempel kan nämnas att ett nytt dokument tagits fram för att minska risken för avvikelser vad gäller läkemedelsadministrering på eftermiddagen

Rutiner har även ändrats för att minimera risk för läkemedelsavvikelser under natten.

De riskanalyser som gjorts på enhetsnivå, gällande pandemin, har bidragit till att smittspridning i verksamheten kunnat begränsas

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. Fortsatt måste utvecklingsarbete läggas på fullständiga nutritionsutredningar och dokumentation av nutritionsvårdsprocessen. Egenkontroller kommer genomföras tätare, varje kvartal, av dokumentationshandledare och chef.

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. 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 2022

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. Planeringsansvarig 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