



# Patientsäkerhetsberättelse

Fridhemmet servicehus

År 2020

2021-02-15

Rebecca von Schéele, Enhetschef

Maria Fransson, Bitr. Enhetschef

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Uppföljning genom egenkontroll .....	8
Egenkontroll:.....	8
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	11
Avvikelser .....	14
Händelser och vårdskador .....	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Riskanalys .....	14
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>15</b>

---

## Sammanfattning

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen gällande hälso- och sjukvården på Fridhemmets servicehus används kvalitetsinstrumentet Qusta. Den bygger på att all legitimerad personal ska ha kunskaper om riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Dels en del med frågor som regleras enligt förordningar och dels med frågor som berör vård och behandling. Resultatet fastställer en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Fridhemmets servicehus har ett resultat på 92 %. Förbättringsområden är utveckling av teammöten, dokumentation av avvikelser i avvikelsemodulen samt synliggöra vikten av rehabilitering i vardagliga aktiviteter.

Arbetet med fallprevention sker systematiskt och dokumentationen i avvikelsemodulen har utvecklats. Även rutin för teammöten har utvecklats och arbete fortskrider med att implementera rutin för att varje medarbetare ska ta sitt ansvar för att vara förberedd och engagerad vid teammöten. Digitalisering av teammöten har införts efter datorbyte vilket resulterat i att Senior alert fylls i direkt under teammötet.

Enheten arbetar efter en strukturerad plan för hur lokala rutiner och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) regler implementeras hos personalen.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har inte genomförts av Apoteket relaterat till Covid-19.

Enheten utför egenkontroller av dokumentation och sätter upp mål utefter de behov av förbättring som konstaterats. All ny personal får utbildning i dokumentation.

Enheten arbetar aktivt vidare med att utveckla en attraktivare arbetsplats för akademi och lärande. Under året har verksamheten tagit emot studenter i form av sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut. Modernisering i form av införande av digital läkemedelssigenering har påbörjats.

Enheten kommer att fortsätta med fokusområde kring riskbedömningar och hälsoplaner. Årets resultat visar på att enheten har nått upp till målen för samtliga riskbedömningar.

Året har präglats av pandemin covid 19. Nya arbetssätt med kohortvård, prioriterade och snabba åtgärder med provtagningar vid misstanke av smitta och utökad snabb kommunikation i teamet. Riskanalyser och nya rutiner har tagits fram och reviderats under årets gång.

---

# STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Målen 2020 för enheten

1. Patienterna får en god personlig vård och omsorg
2. Patienterna har inflytande i sin tillvaro
3. Patienterna ska känna sig trygga
4. Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
5. Enheten är en medskapande arbetsplats
6. Patienterna ska bli respektfullt bemötta

Strategier för 2020

- ✓ Fortsatt utveckling av teamarbetet med patienterna i fokus
- ✓ Tydliggöra patienternas/närståendes delaktighet i dokumentationen
- ✓ Fortsatt arbete med att implementera användandet av smärtskalor och vidareutvecklingen av de palliativa ombudens roll
- ✓ Aktuella inkontinensbedömningar för alla patienter
- ✓ 80 % av patienterna ska ha en aktuell inkontinensutredning
- ✓ 90 % ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA
- ✓ 90 % ska ha en aktuell ADL bedömning enligt Sunnås ADL index
- ✓ 90 % ska ha en aktuell fallriskbedömning eller DFRI
- ✓ 90 % ska ha en utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår
- ✓ Hälsoplaner ska skapas om risk uppmärksammas i en riskbedömning

---

## Organisation och ansvar

Enhetschefen ansvarar enligt 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård av hög kvalitet upprätthålls och att patientens behov av trygghet och behandling tillgodoses. Enhetschef har uppdragit till biträdande enhetschef att ansvara för ledning av hälso- och sjukvårdsuppgifter där ansvar för legitimerad personals kompetens ingår.

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt Hälso- sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6 §. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och en god hygienisk standard upprätthålls och att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Legitimerad personal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso- och sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk och preventionsbedömningar för respektive patient. Biträdande enhetschef ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Omvårdnad och sjukvård erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och regionen. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet.

Extern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Apoteket AB som genomför apoteksinspektioner en gång om året tillsammans med sjuksköterska, MAS och bitr. enhetschef.
- Vårdhygien finns tillgängliga för råd och stöd samt anordnar vid behov utbildningar inom hygienområdet för personal. Sjuksköterska, MAS och bitr. enhetschef medverkar på hygienronden.
- Legevisitten som utför läkarinsatser inom verksamheten med rond 2 gånger i veckan på uppdrag av Region Stockholm. Samverkansmöte sker regelbundet.
- OralCare som utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildar i munhälsa vid behov.
- Vårdliljan som ansvarat för sjuksköterskeinsatser under kvällar och nätter. Samverkansmöten sker regelbundet.

---

Intern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Dietist som utbildar och ger stöd i nutritionsfrågor. Dietist har under hösten arbetat 50 % på enheten.
- Dokumentationssamordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

## Patienters och närståendes delaktighet

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att vara delaktiga i patientens vård efter samtycke från patienten. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och åtgärder löpande. Beslut tas i teamet hur, när och vem som informerar och involverar den närstående. Närstående kontakta vid förändrat/akut hälsotillstånd efter samtycke. Närstående deltar i vårdplaneringar efter behov.

Vi arbetar med boenderåd med syfte att informera patienter om nyheter och vad som händer på verksamheten. Boenderådet är även ett forum för att fånga upp och föra fram allmänna synpunkter. Boenderådet leds av Enhetschef och boenderådet träffas en gång i månaden.

För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar enheten i team och identifierar problem tillsammans i grupp och enskilt.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt.

## Avvikelser

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelse. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen där MAS/MAR och närmaste chef kan ta del av den. Vid misstanke om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas chef, MAS/MAR omedelbart. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med berörda parter efter behov. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Avvikelser sammanställs och hanteras på planmöten, kvalitetsforum och APT.

Avvikelsehantering är en av grundstenarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

---

## Enhetschef

Enhetschefen har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten.

Biträdande enhetschef ansvarar tillsammans med enhetschef för att:

- Riktlinjerna är kända och följs av all personal.
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser finns och är aktuella.
- Regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal.
- Det finns rutiner på enheten så att MAS/MAR snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till IVO enligt Lex Maria.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att:

- Vidta de åtgärder som behövs för patientsäkerheten.
- Dokumentera åtgärder utifrån specifik kompetens.
- Utreda orsaker till avvikelser utifrån specifik kompetens.
- Medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter och rehabiliteringsfrågor.
- Medverka vid avvikelser gällande fall.
- Informera biträdande enhetschef om avvikelserna.
- Rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef.
- Informera patienten/närstående om avvikelserna.

Hälso- och sjukvårdspersonal har även skyldighet att rapportera avvikande händelser till Sodexo Hjälpmiddelscentral om hjälpmedel levererats trasiga eller felaktiga. Om ett hjälpmedel går sönder och medfört vårdskada eller risk för vårdskada ska det rapporteras till läkemedelsverket enligt rutin.

## Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Enheten har en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till enheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utreds. Chef ansvarar för att skicka in klagomål och utredning till stadsdelen för diarieföring.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

### Egenkontroll:

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom enheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt en årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta
Dokumentation	2 gånger per år	Enligt checklista
Socialstyrelsen indikatorer för blåsdysfunktion, skyddsåtgärd och prevention	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM) enligt framtagen mall
Avvikelser	Löpande	Avvikelsesystemet journalsystem Vodok
Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	I gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalsystem Vodok
Aktivitetsbedömning ADL	I gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalsystem Vodok
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Framtagen mall
Kvalitetsgranskning av apotek	1 gång per år	Apoteket
Hygienrund	Vid behov	Vårdhygien
Basala hygienrutiner	Var tredje månad	Självskattning och observationer
Loggkontroll Vodok	1 gång per månad	Framtagen mall
Kvalitetsregister	I gång per månad/ årlig sammanställning	Senior Alert och Palliativa registret
Läkemedelshantering	Var tredje månad 2 gånger per år	Kontroll av signeringslistor och oanmäld Kontroll i patientens läkemedelsskåp.
Delegering	Var tredje månad	Digital mall och delegeringspärm
Medicintekniska produkter	1 gång per år	MTP-lista
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Protokoll



---

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### Kvalitetsuppföljning Qusta

Qusta har genomförts på enheten under året. Qusta används som ett internt kvalitetsinstrument för att bedöma om enheten har förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller god kvalitet. Uppföljningen ska stimulera till ständiga förbättringar och vidareutvecklingar inom hälso- och sjukvårdens område. Inför kvalitetsuppföljningen av MAS och MAR utför enheten självskattning på förbättringsområden.

### Infektionsregistrering

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

### Svenska Palliativa registret

Sjuksköterskorna registrerar patienter som avlidit på enheten i palliativa registret.

### Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet Vodok. Dokumentationsgranskning sker två gånger per år av enhetens två dokumentationshandledare. Granskning sker även vid behov av bitr. enhetschef.

### Apoteksgranskning

Apoteksgranskning sker en gång per år. Granskande receptarie går igenom förråden och rutiner, följer även upp föregående års granskning och ger förslag till förbättringar. MAS, bitr. enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska medverkar vid granskningen.

### Hygien/ hygienrond

Hygienrond utförs vart annat år av Vårdhygien. MAS, bitr. enhetschef och sjuksköterska deltar i hygienronden.

### Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som brister i vårdkedjan, läkemedel och fall utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser följs upp på kvalitetsforum varje månad. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelsem modul. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjuksköterska samt sjukgymnast. Vid kvalitetsforum närvarar det personer från alla yrkeskategorier som träffas regelbundet med fokus på interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål. Målet med kvalitetsforum är att verksamheten ska arbeta systematiskt med kvalitetsförbättringar. Statistik redovisas varje månad för alla medarbetare.

Egenkontroll av signeringslistor har genomförts vart tredje månad genom att räkna alla luckor för att se vad som brister.

---

## Interna och externa möten

Teammöten sker två gånger per vecka. Kvalitetsforum sker en gång per månad. Läkarronder sker två gånger per vecka. Hälso- och sjukvårdsmöten sker fyra gånger per år och utöver det har verksamheten fysioterapeut- och arbetsterapeut möte och sjuksköterskemöten övriga månader. Samverkansmöten sker med ansvarig läkarorganisation två gånger under året och med Vårdliljans sjuksköterskejour sker minst två gånger per år och vid behov.

## Delegeringar

Genomgång av delegeringar har skett minst halvårsvis och återkopplats till berörd personal. Inför delegering ska personalen utföra webbutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” för att stärka kunskapen kring läkemedelshandlingen. Här arbetar sjuksköterskor och chefer tillsammans för att säkerställa genomförandet.

## Riskbedömningar

Egenkontroller av genomförandegrad för riskbedömningar har genomförts månadsvis och resultatet har redovisats till hälso- och sjukvårdspersonalen.

## Risakanalys

Risakanalys för att säkerställa patientsäkerheten på sommaren samt julnyår har genomförts samt analyserats i efterhand. Risakanalys har tagits fram gällande vård av covid-19 smittade patienter.

## Utredning av händelser - vårdskador

Risk för vårdskada eller misstanke om vårdskada har utretts för en händelse. I utredningen har enheten tagit från åtgärdsplan om liknande situation skulle uppstå igen.

## Informationssäkerhet

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller av biträdande enhetschef i journalsystemet Vodok. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Resultatet skickas in till MAS efter årets slut.

Vid inflyttning tillfrågas patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i Nationell patient säkerhet, NPÖ. Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. MAS utför loggkontroller i NPÖ regelbundet.

---

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

### Qustan

Vid den årliga uppföljningen genom Qustan sammanfattas enhetens resultat från MAS och MAR med, ”Vår bedömning är att verksamheten har rutiner och arbetssätt som ger förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten har i sin analys av egenkontrollen konstaterat att de under året inte haft förutsättningar att upprätthålla sitt strukturerade arbete som planerat då kontinuiteten i sjuksköterskegruppen varit hårt ansträngd. De har belyst områden de aktivt behöver arbeta med, och har en plan för områden som prioriteras och en åtgärdsplan för att fortsatt utveckla verksamheten”.

Resultatet visar en skillnad från föregående år med - 1 %.

2017	2018	2019	2020
89 %	94 %	93 %	92 %

Enhetens åtgärdsplan:

- Samverkan och informationsöverföring
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelshantering
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Förbättringsområden som är prioriterade att arbeta vidare med är:

- Systematiskt patientsäkerhetsarbete där alla avvikelser ska dokumenteras i avvikelsemodulen.
- Rehabilitering där enheten kommer arbeta med att öka omvårdnadspersonalens förståelse och utförande av rehabilitering i vardagen.
- Fortsatt utveckling av teamarbetet och teammöten.

Resultatet visar på en positiv utveckling inom följande områden från föregående år:

- Vårdhygien
- Dokumentation

### Dokumentation

Enheten har genomfört egenkontroller av hälso- och sjukvårds dokumentation och arbetar kontinuerligt med de förbättringsområden som framkommer. Vid granskning noteras en generell försämring av dokumentation i journaler sedan föregående journalgranskning. En trolig förklaring är ett tillfälligt förändrat arbetssätt under Covid 19, bemanningen av ordinarie HSL-personal och inhyrd personal som inte har haft tillräcklig kunskap om dokumentation i Vodok.

---

Enheten behöver fortsätta att arbeta med att synliggöra vårdprocessen och patientens och närståendes delaktighet mer i journalen. Dokumentation vid covid 19 har utvecklats av dokumentationssamordnare och är känd av hälso- och sjukvårdspersonalen.

### Delegeringar

Enheten har arbetat aktivt under året med att alla medarbetare ska ha en aktuell delegering. I samband med att enheten skulle övergå till digital läkemedelssigtering under hösten påbörjades arbetet med att lägga in nya delegeringar i systemet, APPVA. Utökade delegeringar gavs tillfälligt till några medarbetare som arbetade i kohortteam relaterat till covid-19 i samråd med MAS. Förbättringsområde inom delegering är att ha en jämn fördelning för alla sjuksköterskor.

### Basal hygien

Egenkontrollerna visar att personal blivit mer medvetna om gällande rutiner och följsamheten är god. Endast få avvikelser kunde ses i samband med observation och dessa återkopplades direkt till berörd personal för direkt åtgärd. Enheten arbetar aktivt med att återkoppla eventuella brister i den basala hygien till omvårdnadspersonalen. Enheten har även utfört observationer för att säkerställa följsamheten till en god basal hygien samt haft både intern och extern utbildning i basal hygien och skyddsutrustning. Personalen utför webbutbildning i basal hygien årligen. Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner har under 2020 skett regelbundet och kompetenshöjande åtgärder i form av regelbundna möten och internutbildningar har utförts. Komplettering av befintliga hygienrutiner har införts i form av munskydd och visir efter riktlinjer.

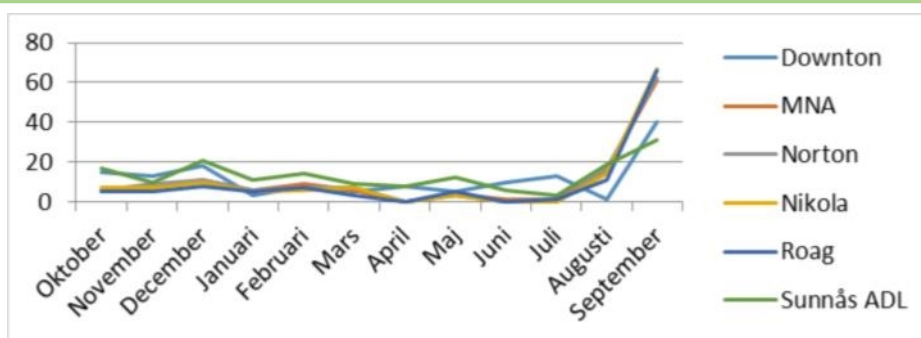
### Vård i livets slut

Enhetens arbete med palliativa ombud har under året fått en nystart med nya ombud och möjlighet för gruppen att påbörja nya rutiner och arbetssätt. Externa utbildningar har ställts in relaterat till covid-19. Arbetet med samtalsgrupper och implementering av nya rutiner fortsätter under kommande år.

### Riskbedömningar

Genomförandegraden av riskbedömningar var hög, över 90 % av patienterna har aktuella bedömningar som ger förutsättning att individanpassa insatser i förebyggande syfte.

Egenkontrollen visar att verksamheten haft svårt att utföra riskbedömningarna löpande under året. Då det under 2020 var stor omsättning i sjuksköterskegruppen fick sjuksköterskorna prioritera riskbedömningar i slutförandet vilket kan utläsas ur diagram nedan.



Sammanställning Fridhemmets Servicehus bedömningsinstrument med jämförelse från tidigare år.

2020	Downton	MNA	Norton	Nikola	ROAG	Sunnås ADL
Fridhemmet	99	100	100	101	96	98
Tackat nej	0	3	3	3	4	0
	93%	97%	97%	98%	94%	92%

2019	Downton	MNA	Norton	Nikola	ROAG	Sunnås ADL
Fridhemmet	111	108	111	99	110	114
Tackat nej	3	0	0	0	2	0
	97%	92%	94%	84%	95%	97%

Analys av resultat visar på en marginell skillnad på antal utförda bedömningar i det stora hela jämfört med föregående år. Vi ser en förbättring i antal registrerade riskbedömningar enligt Nikola.

Infektionsregistrering sker löpande och sammanställs en gång i månaden av sjuksköterska. Inget avvikande i registreringarna kan ses.

Smittspårningar har skett relaterat till covid-19 efter bekräftat fall hos både patienter och personal. I smittspårningen har medpatienter och personal ingått.

Vårdrelaterade infektioner har enheten två nya patienter med bekräftad MRSA. Smittspårning utfördes på samtliga patienten med risk och utfallet visade på att enheten inte har någon spridning av MRSA.

PPM mätning som genomförts två gånger under året visar på ett resultat på 100 % procent av att de som har en skyddsåtgärd insatt även har en hälsoplan kopplad till insatsen. Kring blåsdysfunktion har 85 % aktuell bedömning och 96 % individuellt utprovat inkontinensskydd.

Enheten återupptog under den första perioden av 2020 registrering i Senior Alert med nio registreringar. Registreringarna skedde under teammöten för att ha alla yrkeskategorier närvarande i bedömningen. Fortsatt arbete under kommande år.

---

Ökad andel avlidna under året. En del av de äldre som flyttat in har varit i ett sämre hälsotillstånd och i större behov av hälso- och sjukvårdsinsatser än tidigare år.

Registrering i Palliativa registret för avlidna på enheten ser vi ett ökat behov av att arbeta med. Fortsatt egenkontroller månadsvis för att öka registreringen under kommande år.

### Loggkontroll

Ingen misstanke om otillåtet förfarande har loggats under året avseende patientjournaler. Sammanställt resultat har återkopplats till MAS efter årets slut.

Under året har avvikelser förekommit avseende att uppdatera samtycke i NPÖ. MAS har vid sin egenkontroll återkopplat till enheten. Enheten har vidtagit åtgärder och återkopplat till MAS.

### Läkemedelshantering

Enheten behöver arbeta vidare med att alla insatser signeras på signeringslistan. Tydliggöra om en patient inte vill ta sina läkemedel och direkt rapportera till sjuksköterska. Enheten har även beslutat om tätare kontroller av narkotikaklassade läkemedel i akut/buffert samt patientbundna läkemedel. Apoteket har under 2020 inte granskat läkemedelsförråden på grund av covid-19. Granskningen uppskjuten till mars 2021.

### Avvikelser

Under året har totalt 188 händelser rapporterats som avvikelse, av dessa var 135 st fallolyckor, 27 st rörande läkemedel och 16 st rörande vårdkedjan. I jämförelse med tidigare år ser vi en minskning av registrerade avvikelser gällande läkemedel. Resultatet är missvisande då alla rapporterade avvikelser inte blivit inlagda i hälso- och sjukvårdsjournalen. En anledning är sjuksköterskegruppens bemanningssituation under året relaterat till covid-19. Vi ser en ökning på avvikelser rörande vårdkedjan.

### Klagomål och synpunkter

Under året har ett fåtal klagomål och synpunkter inkommit till enheten som rör hälso- och sjukvården. Klagomålen berört kvalitén på utförda insatser och medicinhantering. Alla berörda har blivit kontaktade, personal informerad och de brister som bedömts har åtgärdats.

### Händelser och vårdskador

En utredning har bedömts som risk för allvarlig vårdskada och lämnats över till IVO.

### Risikanalys

Risikanalys för bemanning under sommaren och jul- och nyårshelgen har analyserats och inget avvikande finns att rapportera. Riskanalyser kring covid-19 har upprättats och reviderats under årets gång, inget avvikande att rapportera.

---

## Mål och strategier för kommande år

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen, hälsoplan ska finnas kopplad om risk finns.
- Uppdatera den palliativa vården efter nationell vårdplan och implementera nya rutiner i arbetsgruppen via kompetensutveckling.
- Införande av digital signering av läkemedel
- Säkerställa att alla patienter har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Fortsätta arbetet med att synliggöra patientens och närståendes delaktighet i dokumentationen/vården.

### Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt årsplan för egenkontroll.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret.
- Kvalitetsgranskning av dokumentation två ggr per år av dokumentationsansvariga.
- Alströmerhemmet tar i början av 2021 över sjuksköterskejour kvällar och helger, regelbunden avstämning kommer att ske.

### Kompetensutveckling:

- Hälso- och sjukvårdspersonalen får möjlighet att på APT utbilda medarbetarna utifrån sina ansvarsområden i syfte att kompetenshöja.
- Säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, smärta vid palliativ vård, arbeta säkert med läkemedel.
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.
- Utbildning i digital läkemedelssignering APPVA.