



Patientsäkerhetsberättelse

Kampementet, 2020

A&O TEMABO AB

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
Struktur	4
2 Overgripande mål och strategier	4
3 Organisation och ansvar	5
4 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
5 Patient och närståendes delaktighet.....	6
6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
7 Klagomål och synpunkter	7
8 Egenkontroll	7
Process.....	8
9 Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
10 Riskanalys	9
11 Utredning av händelse -vårdskador	9
12 Informationssäkerhet	10
13 Resultat och analys.....	10
13.1 Egenkontroller.....	10
13.2 Vård relaterade infektioner	11
13.3 Vårdhygien, Basala hygien rutiner.....	11
13.4 Nattfastemätning	12
13.5 QUSTA	12
13.6 Kontroll MTP.....	12
13.7 Avvikelse	12
13.8 Klagomål och synpunkter	13
13.9 Händelser och vårdskador	13
13.10 Riskanalys	14
14 Mål och strategier för kommande år	14

**Patientsäkerhetsberättelsen som upprättats efterföljer SKL struktur för patientsäkerhetsberättelse*

1 Sammanfattning

Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och de flesta insatser är enligt SoL. Alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten ska vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål.

Kampementets vård -och omsorgsboende är ett vårdboende på Östermalm, nära Gärdets grönområde i Stockholm. Verksamheten drivs av A&O AB på uppdrag av Stockholmstad, Östermalms stadsdelsförvaltningen.

Verksamheten innehåller 96 ljusa och trevliga lägenheter med eget pentry och badrum. Lägenheterna är fördelade på sex våningsplan där det finns gemensamma utrymmen för aktiviteter och måltider samt en gemensam balkong. Av de 96 platserna är 48 avsedda för personer med demenssjukdom och 48 för personer med somatiska sjukdomar. Kampementet har även en trevlig innegård som erbjuder möjlighet till utevistelse och aktivitet.

Vi ska arbeta patientsäkert utifrån gällande lagar och regler som styr hälso- och sjukvården. Vårt mål har varit att stärka sjuksköterska gruppen och genom att omfördela ansvarsområde sätta igång utvecklingsarbete utifrån resultatet från egenkontroller. Svårigheter med sjuksköterskerekrytering har negativt påverkat utvecklingsområde då man inte kunnat tilldela ansvarsområde till timanställda.

En stor utmaning år 2020 var den svåra pandemi av covid 19 som drabbade hela världen. Pandemin har också gjort att en del utvecklingsarbete har halkat efter. En stor del av våra resurser blev riktade mot att bekämpa pandemin. Ett intensivt arbete inleddes med att förhindra smittspridning. Resultatet blev så få fall av covid 19 under den första vågen och ingen stor smittspridning i verksamheten. Hur gjorde vi?

- Varje våningsplan blev egen enhet och personalen fick inte gå emellan. Lunch och rast togs på våningsplanet.
- Kohortvård under de förutsättningar som finns på ett äldreboende.
- Alla medarbetare fick information och tog del av relevant utbildningsmaterial, upprepning av basala hygienrutiner och klädregler, information om hur skyddsutrustning ska användas och hanteras på ett korrekt sätt. (praktisk genomgång)

Verksamhetens fokus var i stort sett arbetet kring pandemin under hela året. En del intern mötesverksamhet drogs in då vi inte arrangerade möten mellan personal, vilket tyvärr bidrog till att mycket av vår planerade verksamhetsutveckling inte kunde genomföras.

Besöksförbud infördes och personalen fick i hög grad utgöra en länk mellan närstående och boende. Aktivitetscoacher hade flera videosamtal via Skype eller Facetime. Under sommar hade vi ”säkra besök” där våra boende satt vid borden i trädgården med en plexiglasskiva mellan besökare och boende.

Struktur

2 Overgripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Vi vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete. Målet är att arbeta med patientsäkerhet i fokus och att verksamheten genomsyras av god kvalitet, följsamhet till gällande lagar och förordningar, efterlevnad till rutiner och riktlinjer och samarbete mellan olika yrkeskategorier för en salutogen omvårdnad. Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och kan åtgärdas.

Övergripande mål	Verksamhetens mål
Att följa gällande lagar och riktlinjer som styr hälso- och sjukvård	Säker journalföring, följa gällande lagar
Att följa och arbeta utefter A&O:s rutiner och policys	Uppdaterade och lokalanpassade rutiner i verksamhetsstödet.
Dokumentation: Följa gällande lagstiftning för hälso- och sjukvård	Säkerställa att uppgifterna i patientjournalerna är entydiga men även säkerställa att nödvändiga uppgifter finns.
Dokumentation: Arbeta aktivt med att upprätta, följa och utvärdera vårdplaner utifrån boendes behov.	Aktuella vårdplaner utifrån identifierat behov, problem. Kvalitetssäkra enligt Qusta
Kvalitetsregister: Arbeta aktivt i kvalitetsregister	Senior Alert: samtliga boende ska skattas i SeniorAlert Palliativa registret: Samtliga avlidna ska registreras i palliativ register BPSD: Samtliga boende med BPSD problematik ska skattas i BPSD registret.

Hälso- och sjukvård: Egenkontroll	Utföra nattfastemätningar vid minst två tillfällen. Utföra hygienobservationer och självskattningar enligt gällande basala hygien rutiner. Utföra löpande infektionsregistrering Månatlig kontrollräkning av narkotikapreparat MTP: Samtliga produkter kontrolleras regelbundet utifrån gällande krav.
Delegering: Samtliga delegeringar följer uppsatta riktlinjer och rutiner	Trygg och säker läkemedelshantering.

3 Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Områdeschef (VC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. OC ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-, miljö – och arbetsmiljörelaterade åtgärden.

Kvalitets utvecklare följer upp samtliga verksamhetens kvalitetsarbete inom hela företaget.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen/ Enhetschefen (HSL) ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Verksamhetschef och Enhetschef (EC) HSL- ansvarig svarar för att det finns mätbara HSL- mål och dessa följs upp och rapporteras till OC. VC och EC (HSL) ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Enhetschefer (HSL), (MAR), (SAS) är direkt underställda verksamhetschefen som leder och fördelar arbetet i verksamheten. Enhetschefer ansvarar för den löpande verksamheten och har ett ledningsansvar tillsammans med verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbete genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom A&O har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med VC och EC (HSL) i patientsäkerhetsarbetet.

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkare från läkarorganisationen Legevisitten kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Läkare kommer till Kampementet för rond, tisdagar hela dagen och onsdagar halva dagen. Övrig kontorstid nås läkare på telefon. På jourtid finns jourläkare tillgänglig på telefon.

4 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vi har bra teamarbete inom och mellan samtliga yrkesgrupper. Vi har bra samarbete med läkarorganisation och våra sjuksköterskor tycker att en stor förbättring har skett. Fokus på samverkan var att minska risken för smittspridning av covid 19 under 2020.

5 Patient och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Om en boende eller anhöriga vill ta egna initiativ att få säkrare vård och omsorg är de välkomna med sitt engagemang. Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor har en dialog med våra boende och anhöriga om hur de kan medverka i patientsäkerhetsarbete.

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Hälso – och sjukvårdspersonal rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Dessa rapporter görs i Vodoc eller i pappersform och lämnas till sin närmaste chef. Samtliga avvikelser sammanställs och analyseras på kvalitetsråd månadsvis. Kvalitetsrådet ska sammanträda en gång per månad (före den 10:e dagen i månaden) minst 9 ggr per år, undantag under semesterperiod. På kvalitetsrådet behandlas händelser på enheten avseende föregående månad. Positiva händelser, utvecklingsarbete, utbildningar, nya/ändrade rutiner, synpunkter, klagomål och avvikelser diskuteras. Övriga relevanta frågor tas upp. Åtgärds- och förbättringsförslag tas upp samt behov av ändringar eller upprättande av nya rutiner. Protokoll från kvalitetsråd granskas av ledningen via företagets ledningssystem och interna kvalitetsrevision. Samtliga avvikelser registreras av verksamhetschefen i kvalitetssystem ”Stratsys”

7 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Vi uppmuntrar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommit i kontakt med vår verksamhet. Detta kan göras skriftligt på ett underlag ”Hjälp oss att bli bättre” De blanketterna finns tillgängliga i entrén. Synpunkter och klagomål kan även lämnas via företagets hemsida www.ansvarochomsorg.se eller muntligt direkt till ledningen på Kampementet. Alla skriftliga synpunkter och klagomål hanteras enligt rutiner. Svaret är skriftlig och innehåller en redogörelse för hur verksamheten har åtgärdat klagomålet/synpunkten. Ärendet analyseras och utredningen startas. I utredningen finns en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder. Om synpunkten/klagomål handlar om HSL informeras även MAS/MAR. Allt detta tas även upp och analyseras på ovan nämnda kvalitetsråd. Samtliga klagomål/ synpunkter har besvarats med telefonsamtal och /eller skriftligt svar. Ansvaret att analysera, åtgärda och återkoppla ligger på Kampementets ledning.

8 Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Verksamheten utför egna kontroller under året inom ramen för SOL och HSL

Kvalitetssystemen är ett levande verktyg och där sker egenkontrollen kontinuerligt under månaden.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Utföra löpande infektionsregistrering	månadsvis	
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler*	Återkommande självskattning och observationen	
Nattfastemätningar	2 ggr per år	protokoll
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	dagligen	Team möte, rapporter
Avvikelser	10 gånger per år	Kvalitetsråd
Trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	10 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet Kvalitetsråd.
QUSTA	2ggr per år	protokoll
Kontroll MTP	1 gång per år eller vid behov	Enligt rutiner

*Vi har utsett hygienombud på varje våningsplan som ska utsprida kunskap om basala hygienrutiner och vårdhygien till sina kollegor. Tillsammans med sjuksköterska ska hygienombud utbilda nya anställda och utföra hygienobservationer minst 2 gånger per år för att kontrollera att hygienrutinerna följs.

Process

9 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Genom att ha kompetenta och riskmedvetna medarbetare, engagerad ledning och tydlig styrning vill vi uppnå våra mål. Varje avdelning har s.k. TEAM möte (omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och rehab) som hålls regelbundet där en systematisk genomgång efter dagordning hålls om varje boende.

Detta skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad så som Socialstyrelsen rekommenderar. Som vår styrka i patientsäkerhetsarbete anser vi morgonrapporter där all leg personal och enhetschefer är med där vi får kort information om status och ev. insatser. Då kan man snabbt diskutera och ev. åtgärda vissa frågor.

För att nå målen har vi utarbetat följande strategier:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på riskbedömningar, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och möjligheten att följa hela vårdprocessen i journalen.
- Genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året. Indikatorer som mäts är blåsdysfunktion, riskbedömningar och vidtagna skyddsåtgärder.
- Genomföra riskanalyser av fallrisk, undernäring, trycksårrisk, munhäsovård och blåsfunktion. Riskanalyser sker kontinuerligt kring alla patienter i tvärprofessionella grupper.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Registrera i nationella kvalitetsregister.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
- Genomföra nattfastemätningar.
- Utveckla vår rutin för säker läkemedelshantering

Patientsäkerhetsarbetet drivs genom ständigt pågående förbättringsprocesser på områden som läkemedelshantering, nutrition, munvård, basal hygien, bemötande och omsorg, palliativ vård, sårvård, fallprevention, dokumentation samt smärtlindring. Genom egna interna observationer och analyser, egenkontroller och utomstående granskningar identifieras särskilt prioriterade områden. De huvudsakliga insatserna är utbildning och revidering av rutiner.

Vi ändvänder verksamhetsstödet som är ett viktigt hjälpmedel för vårt arbete och syftar till att samla all information som behövs på samma ställe. Det finns bland annat handböcker med rutiner och riktlinjer samt blanketter och annan viktig information.

10 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Vid riskanalys görs en kartläggning av hur verksamheten fungerar i praktiken. Vi identifierar risker och brister, analyserar bakomliggande orsaker och tillämpar ett förebyggande förhållningssätt för att minimera risken, att misstag inträffar eller att brister uppstår igen. Handlingsplaner med åtgärder upprättas. Riskanalyser utförs på våra boende vid inflyt samt vid teammöten där målet är att varje boende ska riskbedömas avseende fallrisk, undernäring, trycksårrisk, munhälsa minst var sjätte månad. Detta dokumenteras i journal och i kvalitetsregistret Senior Alert.

11 Utredning av händelse -vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Händelser där boende har kommit till skada eller riskerat att skada sig utreds enligt våra rutiner. Vid en händelse sker en utredning som ligger till grund för anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Ledningen tillsammans med vår MAS och kvalitetsansvarig inom företaget fattar beslut om anmälan.

Inga händelser har utretts som värdeskador under året.

12 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vi har en övergripande informations säkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, skyddas av sekretess. Vi gör stickprov när det gäller efterlevnad och uppföljning av GDPR.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring görs enligt våra rutiner. Loggkontroller har under året genomförts och inga avvikelser har identifierats inom verksamheten.

Våra sjuksköterskor har fått läsbehörighet i Take Care och på så sätt minskas faxande av journal och samtidigt minskas risk för att obehöriga kommer till känslig information.

13 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

13.1 Egenkontroller

Registrering i kvalitetsregister	Få alla ssk att registrera i Seniort Allert, BPSD, Palliativt register.	Kontrollera att detta görs. Följa upp på ssk möte.	Majoriteten av boende är registrerade och följs upp.	Daglig dialog med sjuksköterskor har lett till förbättring. Fortsatt arbete i 2021
Dokumentation	Journalgranskning visar enstaka brister med behov av utveckling	Utbildning i Vodok och kollegial granskning av journal med gemensam analys och kompetensutbyte.	Resultatet ej uppnått än	Fortsatt arbete i 2021
Att minska läkemedelsavvikelse, ej signerade	Stående punkt på Kvalitetsråd	EC och SSK tar upp med omv.personal, följs upp på team möte	En liten förbättring men målet är inte uppnått	Ökning av ej signerade under sommar(semesterperioder) fortsatt arbete i 2021
Att ge bra introduktion/mentorskap till alla nyanställda sjuksköterskor	Användning av introcheck lista	Ordna en individuell anpassnings introduktion tid för varje ny anställd ssk	Bra inskolad ssk	Genom att stärka ssk gruppen och fördela ansvarsområde kan vi utveckla oss ännu mer.
Webbutbildningar, fokus på basala hygienrutiner och covid 19 utb.	webutbildning	Alla anställda gör utbildning på nätet	Minska smittspridning	Genom upprepade utbildningar få anställda att tänka på basala hygienrutiner speciellt under pandemin.

13.2 Vård relaterade infektioner

Under 2020 hade vi sammanlagt fyra fall av pneumoni, en urinvägsinfektion hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter och en infektion hos vårdtagare med urinkateter. Vi hade även 13 vårdtagare utan kateter med urinvägsinfektion. Sårinfektion fyra vårdtagare. Annan hud – och mjukdelsinfektion: 5 vårdtagare. Annan infektion 3 vårdtagare.

Vi hade sammanlagt 21 vårdtagare som fick covid 19 under 2020

13.3 Vårdhygien, Basala hygien rutiner

PPM mätningar basala hygienrutiner och klädregel gjordes v.40-41. Resultatet visade att majoriteten av omvårdnadspersonalen följde regler kring basala hygienrutiner. Enstaka fall av långa naglar och ej korrekt desinfektion av händer förekom. Observerade personer var från alla yrkesgrupper. Denna mätning registrerades digitalt.

13.4 Nattfastemätning

Nattfastemätning ska göras minst två gånger per år, maj och november på alla boende i verksamheten. Om mätningen visar på nattfastan är mer än 11 timmar ska vårdplan med åtgärd upprättas. Under 2020 hade vi inte lyckats göra nattfastemätningar två gånger pga pandemi. I november gjordes nattfastemätningar som visade på att hos 12 % av boende hade det gått strax över 11 timmar innan de fick mat. Åtgärden var att se över morgonrutiner vid medicinintag dvs att våra boende får en macka eller yoghurt/filmjölk i samband med medicinintag.

13.5 QUSTA

Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) är framtaget och utvecklat och reviderat av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering. QUSTA ska identifiera verksamhetens styrkor och utvecklingsområden med syfte att säkerställa att patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Egenkontrollen ska också och stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

QUSTA gjorde vi två gånger under år 2020. Den första gjordes den 18 mars och den andra den 1 oktober. Resultatet har granskats av MAS inom A&O men även av MAS i Stockholmstad.

Vi har i vår redovisning lyft fram styrkor som ger förutsättningar för en god hälso- och sjukvård. Vi har utvecklat teamarbete på fler nivåer. Andra styrkor som vi har identifierat är en god läkemedelshantering, goda rutiner för informationsöverföring internt, god följsamhet till basala hygienrutiner. Vi har även identifierat en del utvecklingsområden: avvikelshantering, delegeringar, följsamhet till lokal rutin för nutrition, vård i livets slut och kontinens. Konsekvenser till följd av pandemin har till viss del påverkat verksamhetens förutsättningar och möjligheter att upprätthålla och utveckla tidigare identifierade områden.

13.6 Kontroll MTP

Under året har en systematisk uppföljning av samtliga MTP- genomförts. Årlig kontroll av MTP har gjorts enligt våra rutiner. En avvikelse har rapporterats och åtgärdats.

13.7 Avvikelser

Avvikelse enligt HSL avser en icke förväntad händelse i verksamheten avseende hälso- och sjukvård som medför eller skulle kunna medföra skada eller risk för skada för den äldre. Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras som kan ligga till grund för en revidering av rutiner. På kvalitetsforum gör man alltså en grundlig analys av alla avvikelser som inkommit. Detta förmedlas senare till övriga personal på teamforum och APT.

Analysen av avvikelser har visat många uteblivna signeringar av givna läkemedel. Detta kan tyda att personalen inte följer rutiner hela vägen, dvs att de inte går och signerar direkt efter överlämnande av läkemedel.

Typ	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Sum
Fallolyckor	17	23	13	30*	21*	7	5	12	7	16	12	6	169
skada		1	1	1	1	1	1		2	1			
Hjälpmedel			1				1						2
Omvårdnad/tillsyn	1		2	1	2			3	1	1			12
Dokumentation	1												1
Kommunikation/info	1							1	1	1			4
Läkemedel	2			5	3	9		2	3	2			26
Utebliven dos	1			4	3	5			1	1			
Annat	1			1		4		2	2	1			
Trycksår		1			1								2
Övrigt		8											8
Covid 19 bekräftade fall				4	1					1	13	2	
Kommentar													
Summa	24	24	17	46	32	26	7	20	17	24	25	8	

*Samma boende har ramlat flera gånger trots olika åtgärder.

13.8 Klagomål och synpunkter

Två skriftliga synpunkten/klagomålet handlade om HSL. Den ena var från en anhörig som inte hade fått information om uppkomsten av ett sår hos sin mor. Den andra var från en boende som klagade över att hon fick fel mediciner. Allt var åtgärdat och förbättringar diskuterades i sjuksköterska gruppen.

Typ	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Sum
Klagomål	1	0	0	2	1	2	1	2	1	1	1	0	12
Synpunkter	0	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	9

13.9 Händelser och vårdskador

Utifrån analys från olika utredningar av händelser har vi kommit fram att de flesta händelser som leder till skada hos våra boende beror på fall där vi inte kunde påverka så mycket trots många olika åtgärder.

13.10 Riskanalys

Under 2020 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning (pandemi av Covid 19), upphävt besöksstopp, skyddsutrustning, säkerställa bemanning utifrån patientsäkerhet.
- Läkemedelsavvikelser (fokus på ej signerade lm.)

14 Mål och strategier för kommande år

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på riskbedömningar, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och möjligheten att följa hela vårdprocessen i journalen.
- Genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året. Indikatorer som mäts är blåsdysfunktion och vidtagna skyddsåtgärder.
- Genomföra riskanalyser av fallrisk, undernäring, trycksårsrisk, munhälsovård och blåsfunktion. Riskanalyser sker kontinuerligt kring alla patienter i tvärprofessionella grupper.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Registrera i nationella kvalitetsregister.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
- Utföra nutritionsmätningar, genomföra nattfastemätningar
- Fortsätta arbeta med ej uppnådda mål från 2020.

Östermalm 2021-02-26

Veselin Ramovic

Enhetschef HSL