



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2020

2021-03-01 Beata Torgersson

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

---

---

## 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 .....                                 | 4                |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....                  | 5                |
| Patienters och närståendes delaktighet .....                  | 6                |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....  | 6                |
| Klagomål och synpunkter.....                                  | 6                |
| Egenkontroll.....   | 7                |
| <b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b> | <b>8</b>         |
| Riskanalys .....  | 9                |
| Utredning av händelser - vårdskador.....                      | 9                |
| Informationssäkerhet.....                                     | 10               |
| <b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>                               | <b>10</b>        |
| Egenkontroll.....   | <u>12</u>        |
| Avvikelser .....  | 12               |
| Klagomål och synpunkter.....                                  | <u>12</u>        |
| Händelser och vårdskador .....                                | 13               |
| 13  |                  |
| <b>Mål och strategier för kommande år .....</b>               | <b><u>13</u></b> |

---

## Sammanfattning

Verksamheten kommer fortsatt arbeta med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt följsamhet till riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin.

Verksamheten har fortlöpande arbetat med att öka kunskapen hos medarbetarna vad gäller basal hygien för att förebygga spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Medarbetarna har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Infektionsregistreringen har följts och analyserats. Självskattningar av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts. Tätare självskattningar har lett till att följsamheten till basala hygienrutiner har hållits.

Egenkontroll för att förhindra smittspridning visar att verksamhetens mål är uppfyllt. Resultat av Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler i juni 2020, visar i resultat att 75 procent av personalen uppfyllde kraven. Efter webbaserad utbildning och handledning av sjuksköterskorna visade den andra PPM i december 2020 att målet är uppfyllt till 100 procent

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att dokumentationen till stora delar uppfyller kraven enligt gällande lagsstiftning. Vi ser att tätare och regelbundna uppföljningar, granskningar och målinriktade åtgärder under hösten resulterat i att egenkontroll av dokumentationen i december till stora delar uppfyllde målen.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 har ökat jämfört med 2019.

Under året har arbetet fortskridit med att strukturerat erbjuda alla patienter riskbedömningar och vid konstaterad risk så har åtgärder vidtagits. Stor vikt har även legat på nutritionsvårdsprocessen under året.

### *Framåtblick 2021*

Verksamheten behöver/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.

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämställa med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsatt arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

### ÖVERGRIPANDE MÅL 2020

Det är viktigt att identifiera patienter med risk för undernäring och i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fokusera på att förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen

1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. För patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska det för minst 75 procent av patienterna göras en utredning som omfattar:
  - 2.1. registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 2.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
  - 2.3. beräkning av dagligt energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) görs för 90 procent av patienterna.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner.

### STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för minst 75 procent av patienterna:
  - 2.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 2.2 nattfasta i tre dygn
  - 2.3 dagligt energibehov
3. munstatus enligt ROAG för 90 procent av patienterna.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
  - 5.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
  - 5.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
  - 5.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.

## 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.

*Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda ansvariga sjuksköterskor per plan bland annat inom områden för hygien och läkemedelshantering. Utsedda kvalitetsrådsansvariga sjuksköterskor samordnar verksamhetens arbete med att utreda avvikelser.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Intern samverkan**

Teammöten med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kontaktpersoner genomförs två gånger per år samt vid behov. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte vid tre tillfällen per månad där fokus ligger på dokumentation och utvecklingsarbete.

I tvärprofessionella kvalitetsråd diskuteras och analyseras avvikelser, en gång per månad. Verksamhetschef, biträdande enhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Med anledning av pandemin har verksamheten ytterligare utökat samverkan med ett veckomöte där ledningen samt hälso- och sjukvårdspersonalen träffas. Veckomötets fokus ligger på att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning under pågående pandemi.

### **Extern samverkan**

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Vid samverkansmöten deltar ansvarig verksamhetschef för läkarorganisationen samt MAS för att diskutera problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förebygga att vårdskador uppstår. Under pandemi har verksamheten samverkat regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm. Verksamheten har också haft en väl fungerande och nära samverkan med Smittskydd Stockholm och regionens smittspårningsteam i samband med smittspridningen under senare delen av året.

Verksamheten har avtal med Apoteket AB om kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. I januari 2020 gjordes en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med farmaceut.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Inom två veckor efter att patienten flyttat in erbjuds patienten/närstående att delat i en vårdplanering med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas.

Med anledning av återkommande besöksförbud under året har vi haft kontakt/information med anhöriga både via brev och telefonsamtal. Undantag från besöksförbudet har kunnat göras vid behov. Anhöriga har då följt gällande rutiner och fått skyddsutrustning.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet**

### **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. Beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen och avvikelsemodulen. Analys sker av händelsen, om tillräckliga åtgärder satts in och om händelsen bedöms vara vårdskada eller risk för vårdskada.

Utsedda kvalitetsrådsansvariga sjuksköterskor avslutar avvikelser i avvikelsemodulen när åtgärder för att förhindra återupprepning har vidtagits och dokumenterats.

Analys av inträffade avvikelser och beslut om mer övergripande åtgärder, som ändrat arbetssätt, revision av rutiner eller andra åtgärder sker i verksamhetens tvärprofessionella kvalitetsråd varje månad. Protokoll förs och kommuniceras ut på möten med legitimerad personal och möten för baspersonalen.

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

## **Klagomål och synpunkter**

1. Alla klagomål och synpunkter som kommer in dokumenteras på avsedd klagomålsblanketten och lämnas till verksamhetschef
2. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef, biträdande enhetschefer tillsammans med berörd personal på kvalitetsrådsmöte. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten och i kvalitetsrådsprotokoll.
3. Återkoppling om vilka åtgärder som vidtagits eller planeras görs till den person som framfört klagomålet så snart som möjligt och senast inom 14 dagar.
4. Återkoppling till personal görs på personalmöten och handlingsplaner tas fram vid ärenden/klagomål som är återkommande.
5. Uppföljningar av handlingsplaner sker vid nästkommande möte.

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

## Egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2020 har omfattat:

| Egenkontroll  | Omfattning                       | Källa   |
|---|----------------------------------|---|
| Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår   | 1 gång per år<br>2 gånger per år | Vodok<br>Senior Alert   |
| För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska det göras en utredning för minst hälften genom<br>1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn<br>2. mätning av nattfasta i tre dygn<br>3. beräkning av dagligt energibehov | 1 gång per år                    | Vodok   |
| Registrerade munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG   | 1 gång per år                    | Vodok   |
| Trycksår uppkomna i verksamheten  | 1 gång i månaden                 | HSL- indikatorer  |
| Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter med trycksår  | 2 gånger per år                  | Vodok   |
| Antibiotikaförskrivning<br>Vårdrelaterade infektioner   | 1 gång i månaden                 | Infektionsregistrering<br>HSL- indikatorer  |
| Basala hygienrutiner och klädregler   | 2 gånger i månad                 | Vårdhygiens blanketter<br>Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler |
| PPM-mätning av följsamhet till BHK vid patientnära arbete   | 3 gånger i år                    |   |
| 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                    |
| Patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel  | 1 gång per år    | HSL-indikatorer                 |
| Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret | 2 gånger per år  | Svenska Palliativregistret      |
| Avvikelser   | 1 gång i månaden | Vodok avvikelsemodul            |
| Patientens klagomål och synpunkter   | 1 gång i månaden | Inkomna klagomål och synpunkter |

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För de patienter som vid riskbedömning identifieras med risk för fall, undernäring och trycksår gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en utredning och vidtar förebyggande och behandlande åtgärder enligt gällande rutiner.

Fortsatt arbete har skett med nutritionsvårdsprocessen i samarbete med dietist.

Under pandemin pågick många processer parallellt. All personal gjorde Vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner för att höja kompetensnivån hos personal. Självskattningar och observation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes regelbundet och dokumenterades. Rekommendationer och rutiner för personlig skyddsutrustning för att minska risken för smittspridning av covid-19 kom löpande under året. Verksamheten följde de rutiner som kom gällande arbetsdräkt, visir, munskydd och handskar.

Vid kohortvård gällde bestämda rekommendationer för skyddsutrustning och att viss utsedd personal arbetade med patienter med bekräftad covid-19. Anpassningar av rekommendationer och rutiner gjordes efter lokala riskbedömningar.

I början av pandemin var det en brist på skyddsutrustning. Egentillverkning av visir gjordes och vi fick plastförkläden skickade till oss via ett externt företag. Senare i pandemin hade verksamheten en god tillgång till skyddsutrustning, som fördelades ut till personal. Sjuksköterskan handledde personal i hur skyddsutrustning skulle användas och hanteras.

Verksamheten utsåg även särskilda sjuksköterskor för att säkerställa att alla sjuksköterskor skulle ha tillgång till den senaste informationen om covid-19. Nya lokala rutiner för städning och rengöring av tag- ytor och lokaler upprät-



---

tades. Anställd städpersonal finns och uppföljningar gjordes vid interna möten.

Personalförsörjning var god och utsedd bemanningspersonal hade i uppdrag att omfördela personal på huset då behov uppstod. Ledningen beslutade även utökning av bemanningspersonalens arbetstid, till att även innefatta helger, under stora delar av pandemin.

Det skedde en utökning av visstidsanställd personal under nästan hela pandemin. Med hjälp av HR-avdelningen rekryterades omvårdnadspersonal, vilket ledde till att verksamheten under största delen av 2020 hade en god personaltäthet/bemanning. Chefer fanns i beredskap via telefon under helger större delen av pandemin.

I verksamhetens månatliga tvärprofessionella kvalitetsråd som leds av kvalitetsrådsansvariga sjuksköterskor och ansvariga chefer har hälso- och sjukvårdsavvikelser, klagomål och synpunkter analyserats för att identifiera brister som rör patientsäkerheten.

## **Risakanalys**

Verksamhetsledningen genomförde regelbundet riskanalyser då förändringar behövde vidtas. De genomfördes vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö. Det påverkade verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Under pandemin kom nya och reviderade rekommendationer, riktlinjer och rutiner kontinuerligt gällande covid-19. Det var en stor brist på skyddsutrustning i början av pandemin, till exempel munskydd, visir och skyddsförkläden. Verksamheten har fortlöpande genomfört riskanalyser utifrån tillgång till, hantering av och följsamhet till skyddsutrustning både på övergripande nivå och individnivå, när kohortvård/särskilt avdelad personal ska tillämpas, personalens kompetens och följsamhet till basala hygienrutiner, riktlinjer och rutiner vid covid-19. Riskanalyser har också gjorts vad gäller arbetsledning och ansvarsfördelning, informationsöverföring mellan olika yrkesgrupper och arbetspass samt bemanning/personalförsörjning.

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 i verksamhetens kvalitetsråd.

På individnivå gör den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

Verksamheten har påbörjat arbetet med att utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada. Det finns ett behov av utveckla delar av utredningen, framförallt de delar som rör bakomliggande orsaker och analys.

---

## Informationssäkerhet

Enhetens arbete för informationssäkerhet har omfattat både åtgärder och uppföljningar med syfte att säkerhetsställa vårdinformationens *tillgänglighet, korrekthet, sekretess och spårbarhet*.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare 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. Under året har en genomgång av samtliga personliga konton och kopplade behörigheter gjorts av ansvarig chef.

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformationen genomförs månatliga loggkontroller av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal enligt skriftliga rutiner i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ. Utvärderingen visar att ingen olovlig åtkomst till patientinformation i Vodok och NPÖ förekommit under året.

Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring kontrolleras genom egenkontroll två gånger per år av ansvarig chef och årlig dokumentationsgranskning av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Egenkontrollen omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprätthållande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

| Mål  | Strategi/er  | Åtgärd  | Resultat  | Måluppfyllelse   |
|--|--|---|---|------------------|
| Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår | Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år. | Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 98 procent, för undernäring till 98 procent och trycksår till 98 procent.<br><br>Andelen riskpatienter för fall uppgår till 75 procent, för undernäring 58 procent och trycksår 32 procent. | Godkänt resultat |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som omfattar:<br>1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn<br>2. mätning av nattfasta i tre dygn<br>3. beräkning av energibehov | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar mat- och vätskeintag, mäter nattfasta och beräknar energibehov för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning. | Granskning av andelen genomförda registreringar, mätningar och beräkningar en gång per år.   | Andelen genomförda mat- och vätskeregistreringar uppgår till 98 procent, mätningar av nattfasta uppgår till 100 procent beräkningar av energibehov uppgår till 91 procent.  | Godkänt resultat   |
| Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.  | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.  | Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.  | Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 97 procent.   | Godkänt resultat.  |
| Inga trycksår uppkomna på enheten.  | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.   | Granskning av andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad   | Andelen uppkomna trycksår uppgår till 1 procent.  | Godkänt resultat.  |
| Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor   | All personal tillämpar basala hygienrutiner.<br><br>All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.<br><br>All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.      | Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 2 gånger i månaden. PPM- mätning 3 gånger under året.<br><br>Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.<br><br>Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år. | Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100 procent<br><br>Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.<br><br>Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent | Godkänt resultat<br><br>Godkänt resultat<br><br>Godkänt resultat |
| Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen   | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.         | Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.  | Andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert uppgår till 91 procent   | Godkänt resultat   |
| Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel   | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel  | Granskning av andelen individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.   | Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 97 procent.   | Godkänt resultat   |
| För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras  | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede   | Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i  | Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativ-   | Godkänt resultat   |

|  |   |  |                                |  |
|--|---|--|--------------------------------|--|
| ras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret. | för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret. | livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret 2 gånger per år | gistet uppgår till 100 procent |  |
|--|---|--|--------------------------------|--|

### Samlad analys av egenkontrollen

Analys av egenkontroll för att förhindra smittspridning visar att verksamhetens mål är uppfyllt. Resultat av Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler i juni 2020, visar i resultat att 75 procent av personalen uppfyllde kraven. Efter webbaserad utbildning och handledning av sjuksköterskorna visade den andra PPM i december 2020 att målet är uppfyllt till 100 procent.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att dokumentationen till stora delar uppfyller kraven enligt gällande lagsstiftning.

Regelbundna uppföljningar, granskningar och målinriktade åtgärder under hösten resulterade i att egenkontrollen av dokumentationen i december till stora delar uppfyllde målen.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 i stort sett har uppnåtts.

### Avvikelser

Under året har totalt 251 avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

| Typ av avvikelse                               | Antal      |
|--|------------|
| <b>Fall</b>                                    | <b>200</b> |
| <b>Läkemedel, varav</b>                        | <b>51</b>  |
| • Utebliven dos                                | 41         |
| • Dubbel dos                                   | 1          |
| • Förväxling av tidpunkt                       | 4          |
| • Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp | 4          |
| • Utebl. sign. admin/överlämnande av läkemedel | 1          |

### Analys

Läkemedelsavvikelser handlar om brist i följsamhet kring rutiner vid läkemedelsutdelning och signering. Utsedd personal som får ett övergripande läkemedelsansvar för dagen och kontrollerar att alla fått sina läkemedel samt att signeringen är korrekt i pärmarna.

### Klagomål och synpunkter

Ett fåtal klagomål eller synpunkter som rör hälso- och sjukvården har inkommit under året. Detta gör att mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses.

---

## Händelser och vårdskador

Verksamheten har påbörjat arbetet med att utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada. Det finns ett behov av utveckla delar av utredningen, framförallt de delar som rör bakomliggande orsaker och analys.

## Risکاناليس

Analys av riskhanteringen är att det måste finnas en tydlighet i ansvarsfördelning och arbetsledning vid akuta situationer. Lokala rutiner och dokument måste vara kända för personalen och vart man hittar dessa.

Vidare måste förutsättningar för informationsöverföring mellan personalgrupper och arbetspass i verksamheten säkerställas och att lokala rutiner för detta är kända av personalen.

För att säkerställa personalförsörjningen under pandemin, har en god samverkan mellan äldreboende i stadsdelen varit avgörande. Vi har haft tätare ledningsmöten under pandemin.

Dessa lärdomar har vi gjort efter pandemin:

- Tätare och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning.
- Påminna/kontrollera varandra om hur skyddsutrustning ska användas.
- Viktigt med individuella bedömningar gällande skyddsutrustning vid besök hos patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19.
- Kompetenshöjning gällande språkkunskap hos våra medarbetare.

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

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

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 i stort sett har uppnåtts.

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

## Mål och strategier för kommande år

### ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt följsamhet till riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån

---

pandemin.

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämföra med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

#### 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. Omvårdnadsansvarig 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