



# Patientsäkerhetsberättelse Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens servicehus

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-19

Marie Bergström, 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 .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Intern samverkan .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
<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.....	10
Avvikelser .....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador. ....	13
Riskanalys .....	13
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>14</b>

---

## Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdragarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Under 2020 har fokus varit på riskanalyser och det förebyggande arbetet med anledning av pandemin.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och fått praktisk utbildning i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning. Vi har under året haft tätare av egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar och utifrån resultatet haft riktade utbildningsinsatser. Infektionsregistrering har följts varje månad. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta.

Andra viktiga åtgärder för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdsador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i mycket hög grad.

Vi har utvecklat demensvården och i december blev enheten Silviacertifierad.

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

Verksamheten hade tidigt under pandemin, under våren ett par fall av bekräftad covid-19 som sammanföll med den ökade samhällssmittan. Ingen smittspridning kunde konstateras.

Avvikelser har sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten behöver fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

### *Framåtblick 2021*

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

Vi arbetar vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår med fokus på analys, åtgärder och uppföljning.

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämställa med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att identi-

---

fiera 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. Munhälsan är en viktig del i arbetet.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Mål 2020

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
7. Minst 25 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

### STRATEGIER

- 1-3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Därutöver ansvarar planeringsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska planeringsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel
- 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens och Socialstyrelsens webbaserade hygienutbildning.
- 4.4. Hygienrond genomförs vartannat år.
5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
7. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser

---

## Organisation och ansvar

*Stadsdelsnämnden* har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup>, 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.

Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

*Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda sjuksköterskor med särskilt ansvar inom bland annat områden för hygien och läkemedelshantering

*Baspersonal* ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Vid 3 rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar 1-2 ggr per dag på vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte ca 1 gång per månad där fokus ligger på uppföljning, analys och utveckling. Under pandemin har vi haft täta kortare informationsmöten och lägesrapportering. Periodvis dagligen men minst 1 gång per vecka.

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

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

---

## **Extern samverkan**

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

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

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

Med anledning av pandemin har verksamheten haft tätare samverkan med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm

## **Patienters och närståendes delaktighet.**

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en informationsbroschyr om verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående.

Vid besöksförbudet under pandemin har anhöriga kontinuerligt informerats via mejl och telefonsamtal om sina närstående och aktuell information från verksamheten. Undantag från besöksförbudet har gjorts vid särskilda situationer och lokala rutiner finns för att genomföra besöken på ett smittsäkert sätt med skyddsutrustning.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelser**

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelsena sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

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

---

## Klagomål och synpunkter

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

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef som utreder, analyserar och beslutar om och vilka åtgärder som behöver vidtas.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet/synpunkten som också informeras om vilka åtgärder som vidtas. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

## Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2020 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fall</li><li>• Undernäring</li><li>• Trycksår</li><li>• Inkontinens</li><li>• Munhälsobedömning</li><li>• ADL-bedömning</li></ul>	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per i år	Vårdhygiens blanketter för självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet

Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystem Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	1 gång per månad	Svenska Palliativregistret
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	2 gånger per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandlingen	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystem
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade instrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. Under pandemin har rekommendationer och riktlinjer reviderats och nya har tillkommit kontinuerligt. Fokus har varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner.

Med anledning av pandemin har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har handlingsplan med åtgärder upprättats för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Praktisk utbildning och handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar av hygienombud vid 6 tillfällen under året.

Rutiner har upprättats för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning. I början av pandemin var det stor brist på skyddsutrustning och verksamheten. Egentillverkning av visir gjordes för att tillgodose



---

behovet. Rutiner har upprättats för utökad städning och desinfektion av Tag-  
ytor i lokaler och boendes lägenheter. Rutiner har upprättats för säkra besök i  
samband med besöksförbud

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och  
sjukvårdsdokumentation vid covid-19.

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

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

Verksamhetens instruktion och lokala rutin för läkemedelshantering har re-  
viderats i samverkan med MAS.

För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slut-  
skede registrerats i Svenska palliativregistret

## **Risakanalys**

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar  
inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksam-  
hetens arbetssätt och rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserappor-  
ter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter  
från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och om-  
sorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå gör den planeringsansvariga sjuksköterskan i samarbete med  
kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflytt-  
ning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och  
förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, tryck-  
sår samt ohälsa i munnen.

De riskanalyser som genomförts under året har i huvudsak varit relaterade till  
pandemin. Riskområden identifierades såsom följsamhet till basala hygienruti-  
ner och klädregler, tillgång till skyddsutrustning, hantering och korrekt använd-  
ning av skyddsutrustning, risk för smittspridning, tillgång till personal, inform-  
ationsöverföring mellan personal grupper och arbetspass, dokumentation och  
säkra besök vid undantag från besöksförbud. Utifrån identifierade risker har  
verksamheten upprättat handlingsplaner med åtgärder vilka följts upp dagligen i  
perioder men minst en gång per vecka av verksamhetschef

## **Utredning av händelser - vårdskador**

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada inträffat i verksamhet-  
en.

## Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

Under året har 46 (49) journaler varit upprättade vid enheten. Alla siffror inom parentes är föregående års siffror. Den sista december 2020 var 35 journaler öppna (39).

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2020.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	1. Planeringsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	1) Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none"><li>Fall uppgår till 97 %</li><li>Undernäring uppgår till 97 %</li><li>Trycksår uppgår till 97 %</li></ul> Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none"><li>Fall uppgår till 82 %</li><li>Undernäring uppgår till 38 %</li><li>Trycksår uppgår till 15 procent</li></ul>	Godkänt resultat
	2. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	2) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"><li>Fall uppgår till 87 %</li><li>Undernäring till 89 %</li><li>Trycksår till 73 %</li></ul>	För ett godkänt resultat skulle andelen hälsoplaner uppgått till minst 90 %

<p>2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.</p>	<p>Planeringsansvarig sjuksköterska genomför</p> <p>1. bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet Roag</p> <p>2. bedömning av kontinens med bedömningsinstrumentet Nikola</p>	<p>1) Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.</p> <p>2) Granskning av andelen genomförda screeningar av inkontinens med bedömningsinstrumentet Nikola minst en gång per år</p>	<p>1) Andel genomförda munhälsobedömningar med Roag uppgår till 97 %</p> <p>2) Andel genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/inkontinens med Nikola Uppgår till 97 %</p>	<p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
<p>3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.</p>	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen</p>	<p>Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten varje månad</p>	<p>Andelen uppkomna trycksår i verksamheten uppgår till ca 1 %</p>	<p>Godkänt resultat. Målet är 0 uppkomna trycksår i verksamheten</p>
<p>4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner</p>	<p>4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.</p> <p>4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.</p> <p>4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.</p> <p>4.4. Hygienrund genomförs varannat år.</p>	<p>Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 6 gånger under året</p> <p>Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.</p> <p>Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.</p>	<p>Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100 %</p> <p>Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %</p> <p>Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 %</p>	<p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
<p>5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en systematisk läkemedelsgenomgång genomförd</p> <p>6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.</p>	<p>Planeringsansvarig sjuksköterska initierar till att en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare</p> <p>Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen</p>	<p>Granskning av andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång</p> <p>Uppföljning av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen</p>	<p>Andelen patienter som erhållit en fördjupad läkemedelsgenomgång uppgår till 100 %</p> <p>Resultat av genomförd extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen</p>	<p>Godkänt resultat</p> <p>Den externa granskningen uppskjuten på grund av pandemin. Egenkontroll/uppföljning av tidigare extern granskning genomförd med godkänt resultat</p>
<p>7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna</p>	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar minst 90 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen</p>	<p>Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.</p>	<p>Andel riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert uppgår till 95 %</p>	<p>Godkänt resultat</p>

8. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas	All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.	Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat	Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 25 procent	Godkänt resultat
---	---	--	--	------------------

### Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 har uppnåtts.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 97 %

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är lägre än föregående år Och indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförebyggande arbetssätt. Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett.

Antalet inrapporterade avvikelser har minskat jämfört med föregående år. Det kan bero på att antal lägenheter/boende är mindre än 2019 eftersom 63 lägenheter stängdes i november 2019. Analysen är att avvikelserrapporteringen fungerar. Verksamheten behöver dock fortsätta sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumentationen har genom utbildningsinsatser utvecklats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde

Verksamheten behöver fortsatt utveckla sitt arbete med Nationella kvalitetsregister som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt vid palliativ vård i livets slutskede.

Resultat av Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler i oktober 2020, visade att 80 procent av personalen uppfyllde kraven. Efter fortsatta utbildningsinsatser och handledningstillfällen visade observationer i december 2020 att målet är uppfyllt till 100 procent.

Det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder.

---

## Avvikelser

Under året har totalt 68 (122) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b> , varav	60
• med fraktur som följd	2
<b>Läkemedel</b> , varav	8
• Utebliven dos	8

### Analys:

Antal fallavvikelser har minskat men inte i paritet med minskat antal boende. Fallpreventiva åtgärder baseras på den individuella riskbedömningens resultat. Åtgärder är till exempel miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång, nutritionsåtgärder och utprovning/föreskrivning av hjälpmedel

Det kan vara svårt att helt förhindra att en boende faller men insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen för enskilda.

Enheten har vid utredning och analys av inträffade läkemedelavvikelser sett ett fortsatt mönster i att missade doser främst skett samband med personalbyten och överrapportering på eftermiddagar. Vidtagna åtgärder har lett till minskat antal avvikelser och arbetet fortsätter arbetet med att förtydliga rutinen för ansvarsfördelning och rapportering mellan arbetspass och vid passbyten.

### Klagomål och synpunkter

Inga klagomål via IVO eller patientnämnden har inkommit under året.

### Händelser och vårdskador.

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada eller risk för vårdskada inträffat i verksamheten.

### Risikanalyser

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020 har uppnåtts. Under pandemiåret har ett stort fokus legat på riskinventering och riskanalys för att minska risken för smitta och smittspridning vilket har berört många områden och många processer har pågått samtidigt.

Kontinuerliga riskanalyser kopplade till covid-19 har varit en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget med covid-19.

Vid inledningen av pandemin under mars och april gjordes detta dagligen för att därefter göras minst 1 gång per vecka. En viktig lärdom utifrån pandemin är vikten av samverkan, tydlig ansvarsfördelning, löpande egenkontroller, riktade insatser samt att hitta olika informationsvägar får att nå samtliga medar-

---

betare.

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

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring men har förbättrats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde

I det fortsatta arbetet med att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller patienter som är undernärda behöver verksamheten förbättra sitt arbete 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 riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshantering och individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår med fokus på analys, åtgärder och uppföljning.

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 vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
  - 4.1. registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn

- 
- 4.3. beräkning av dagligt energibehov
  - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG  
(Revised Oral Assessment Guide)
  - 5. Minst 50 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd

## STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och vårdrelaterade infektioner.
- 1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.
- 2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- 3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen
- 4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
  - 4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 4.2 nattfasta i tre dygn
  - 4.3 dagligt energibehov
  - 4.4 munstatus enligt ROAG för 90 procent av patienterna.
- 5. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser