



# Patientsäkerhetsberättelse

## Hägersten-Älvsjö

### stadsdelsnämnd

Trekantens Servicehus

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-16

Päivi Palomäki 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 .....	9
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>10</b>
Egenkontroll .....	10
Avvikelser.....	12
Klagomål och synpunkter .....	13
Händelser och vårdskador.....	13
Riskanalys.....	13
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>13</b>

---

## Sammanfattning

Enhetens mål är att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Att främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada. Under pandemin har ett viktigt mål varit att hindra smitta och spridning av covid-19.

Enheten har fortlöpande arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad. Vaccinationer har genomförts.

Utbildningar i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Egenkontroller av följsamhet till hygienrutiner och klädregler och användning av skyddsutrustning vid covid-19 har genomförts. Kohortvård har tillämpats vid de enstaka fallen av misstänkt smitta och smitta.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.

För stöd och utbildning i nutritionvårdsprocessen och dokumentation har samverkan har skett med stadsdelens dietist och verksamhetscontroller

Egenkontroll visar att individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts i mycket hög grad.

Egenkontroller visar hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Ingen smittspridning av covid-19 har skett.

### *Framåtblick 2022*

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning utifrån pandemin.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på analys, åtgärder och uppföljning i tvärprofessionella team-möten.

Det är viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

### 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 bakomliggande orsak och analys

### 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

---

## 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 kontinuerlig 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 enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda sjuksköterskor med särskilt ansvar inom bland annat palliativ vård 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 ett mötestillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal 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 vid 2 tillfällen per månad där fokus ligger på planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och sjukvården samt analys av avvikelser.

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Under året har verksamhetschef haft tätare informationsmöten med personal på grund av pandemin. Stadsdelens verksamhetscontroller har informerat och utbildat personal, tätare samverkan med MAS har varit aktuellt. Uppföljning av smittade och misstänkta med smitta har rapporterats till Äldreförvaltningen under året.

---

<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 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.

Under pandemin har verksamheten vid flera tillfällen samverkat med Smittskydd och SLSO:s smittspårningsteam.

## **Patienters och närståendes delaktighet.**

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet lämnas en informationsbroschyr om verksamheten och information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i 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.

Under pandemin har kontakter och information till anhöriga framför allt skett per telefon och mail. Rutiner för säkra besök har åtföljts. Anhöriga har fått information om rutiner och tillgång till skyddsutrustning vid besök. Aktuell information finns uppsatt i ingångar och entréer.

## **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 sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i så nära anslutning till när det inträffat som möjligt och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna 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 utreds av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef samt skickas till registrator och diarieförs. Kontinuerlig kontakt hålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Att klagomål/synpunkt har tagits emot bekräftas direkt och åtgärder som planeras återkopplas till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt, men senast inom 14 arbetsdagar. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

## Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2021 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 månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	3 gånger per 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 månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger per år	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 läkemedelshanteringen	1 gång per månaden  1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet  Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per månaden	Inkomna klagomål och synpunkter
Loggkontroll	1 gång per månaden	Vodok

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen har genomförts för att identifiera patienter med ökad risk för vårdskador. Enheten har teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov av åtgärder görs.

Verksamhetschef har regelbundna HSL-möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. En gång i månaden går man igenom alla avvikelser. Analys av typ av avvikelser, antal, spridning och eventuella upprepade mönster klagor behovet av åtgärder.

Under pandemin har mycket fokus varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet. Riskanalyser och upprättade handlingsplaner för arbetet med att förhindra smitta och smittspridning har följts upp kontinuerligt.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Utbildning och handledningstillfällen i korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätning.

Verksamheten har haft kontinuerlig kontakt och samverkan med vårdhygien, smittskydd och smittspårningsteam för att säkerställa ett vid misstanke om smitta korrekt omhändertagande/kohortvård och smittspårning. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation



---

Som ett led i att utveckla och förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har verksamheten samverkat med stadsdelens dietist.

För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret.

## **Risکاناليس**

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

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 samt diarieförs.

Med anledning av pandemin har verksamheten under året fortsatt och fortlöpande genomfört riskanalyser.

På individnivå gör den planeringsansvariga 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**

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utretts i verksamheten.

## **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 **79 (85)** journaler varit upprättade vid enheten.

Den sista december 2021 var 59 (63) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 3 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör 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 91 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 93 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 91 procent</li> </ul> Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 88 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 34 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 13 procent</li> </ul>	Godkänt resultat
3. Alls patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	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	3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 60 procent</li> <li>Undernäring till 98 procent</li> <li>Trycksår till 100 procent</li> </ul>	Inte godkänt resultat Godkänt resultat Godkänt resultat

<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>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)</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>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 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 82 procent</li> <li>bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 80 procent</li> <li>beräkning av dagligt energibehov uppgår till 70 procent</li> <li>bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 89 procent</li> </ul>	<p>Inte godkänt resultat.</p>
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 50 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas</p>	<p>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.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 75 procent</p>	<p>Godkänt resultat</p>

### Samlad analys av egenkontrollen

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 har uppnåtts.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och indikerar att personalen följer rutinerna. Det finns dock ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder.

Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett.

Individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts i hög grad. Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 95 procent

Kontrollen och uppföljning av avvikelser varje månad fungerar vid enheten men verksamheten ska fortsätta sitt arbete med dokumentationen av utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Resultatet visar av utredningen av patienter med risk för undernäring enligt beslutade strategier under året inte helt när uppställda mål. Ett förbättringsområde är dokumentation och utförandet av registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn samt bedömning av nattfasta i tre dygn.

---

För att förbättra resultaten kommer vi att fortsätta samarbetet med dietisten, ordna handledning vid upptäckt behov, utbilda en sjuksköterska med särskilt nutritions uppdrag, samt följa upp med regelbundna egenkontroller.

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. Med utbildningsinsatser har resultatet förbättrats men når inte helt uppsatt mål. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett fortsatt förbättringsområde.

## Avvikelser

Under året har totalt 185 (144) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b> varav	<b>143</b>
• Fraktur som följd	3
<b>Läkemedel</b> , varav	<b>39</b>
• Utebliven dos	28
• Förväxling av tidpunkt för administrering av läkemedel	1
• Signering saknas för administrerat läkemedel	9
• Övrigt/annat	1

## Analys:

På HSL-möten varje månad görs en sammanställning av inträffade avvikelser. Vid sammanställningen kan ses att ett antal personer står för en hög andel av fallincidenterna. Fallen sker vid egen förflyttning. Få fall leder till fraktur. I analysen av bakomliggande orsaker till fallavvikelser har inte något speciellt mönster konstaterats.

De fallförebyggande åtgärderna utgår från teamets analys och den enskilda patientens behov. Exempel på beslutade åtgärder är träning av styrka och balans, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång, nutritionsåtgärder, och förskrivning av hjälpmedel.

Av rapporterade läkemedelsavvikelser framgår att det främst handlar om uteblivna doser som en följd av bristande följsamhet till rutiner för kontroller i samband med läkemedelsutdelning. Vidtagna åtgärder är att sjuksköterskan ser över delegeringsförfarandet och har samtal med den berörda personalen. Avvikelser återkopplas och diskuteras vid personalmöten.

---

## Klagomål och synpunkter

Verksamheten har tagit emot, besvarat och 3st klagomål där av 2 som handlar om patientens upplevelse i samband med sårvårdsbehandling, 1 gällande förskrivning av hjälpmedel. Den lärdom som kan dras är att i samtal med patienten är det viktigt att informationen är korrekt och tydlig så patienten försäkras möjlighet att vara delaktig i planeringen. Många synpunkter handlar om anhörigas oro för patientens trygghet och tillgång till snabb hjälp.

## Händelser och vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada inträffat i verksamheten

## Risakanalys

Riskhanteringen har på grund av pandemin omfattat flera områden. Riskanalyserna har resulterat i handlingsplaner med åtgärder och uppföljning. Genom riskanalyser har det blivit tydligt vilka förbättringar eller uppdateringar av rutiner som behövt göras för att minska risken för smitta och smittspridning.

Riskhantering på individnivå sker genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser

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 av egenkontroller och 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.

I det fortsatta arbetet med att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller patienter som är undernärda behöver verksamheten arbeta vidare med 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 utifrån pandemin.

Verksamheten ska fortsatt arbeta med att utveckla avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, och undernäring med fokus på analys, åtgärder och uppföljning.

Det är viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för under-

---

näring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta sitt arbete med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

#### MÅL 2022

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. Alla rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

#### 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