



Stockholms  
stad

# Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-26 Beata Torgersson

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

---

---

## Innehåll

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

---

## Sammanfattning

Under året har arbetet fortskridit med att strukturerat erbjuda alla patienter riskbedömningar och vid konstaterad risk så har åtgärder vidtagits. Fokus har legat på nutritionsvårdsprocessen. För drygt hälften av patienterna med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning har utredning gjorts och munhälsan har bedömts med hjälp av bedömningsinstrument ROAG för 75 procent av patienterna. Ett samarbete med dietisten har skett för att säkerställa kompetens hos medarbetarna.

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. Självsfattningar av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts.

### *Framåtblick 2020*

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämföras 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.

---

# 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 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 75 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, bedömer 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
  - 2.4 i kartlagt hälsotillstånd beskrivs nutritionstillståndet och om hälso-och sjukvårdsinsatser upprättas hälsoplaner.
3. Munbedömning enligt ROAG för 75 procent av patienterna
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i kartlagt hälsotillstånd och upprättar en hälsoplan om hälso-och sjukvårdandeinsatser ordinerar.
  - 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.

*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.

### **Extern samverkan**

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Vid samverkansmöten deltar ansvarig verksamhetschef för läkarorganisationen, boendets verksamhetschef och biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård samt MAS för att diskutera problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förebygga att vårdskador uppstår.

I samarbete med Vårdhygien genomförs hygienronder vid behov.

Verksamheten har samarbete med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

## **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.

## **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. 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 HSL-möten och sido-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. Verksamhetschefen skickar omgående klagomålet vidare för diarieföring hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och eventuell personakt.
3. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef, biträdande enhetschefer tillsammans med berörd personal på kvalitetsrådsmöte. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten och i kvalitetsrådsprotokoll.
4. Återkoppling om vilka åtgärder som vidtagits eller planeras görs till den person som framfört klagomålet så snart som möjligt och senast inom 14 dagar. Återkoppling till personal görs på personalmöten.

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 2019 har omfattat:

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
---------------------	-------------------	--------------

Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	2 gånger per år	Vodok 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 1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn 2. mätning av nattfasta i tre dygn 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 Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL indikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Vårdhygiens blankett- Självskattning till följsamhet av basala hygienrutiner
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	2 gånger per år	Svenska Palliativregistret

i 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.

Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. En sjuksköterska har gått vårdhygiens grundutbildning. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner genom självskattning på vårdhygiens framtagna formulär har genomförts vid två tillfällen under året.

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.

### Risikanalyser

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid 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 i verksamhetens kvalitetsråd.

På individnivå gör den planeringsansvarige 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 vid årlig dokumentationsgranskning av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Egenkontrollen omfattar 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

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 94 procent, för undernäring till 90	Godkänt resultat

	trycksår	trycksår en gång per år.	procent och trycksår till 92 procent.  Andelen riskpatienter för fall uppgår till 81 procent, för undernäring 67 procent och trycksår 38 procent.	
För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska för minst hälften av patienterna göras en utredning som omfattar: 1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn 2. mätning av nattfasta i tre dygn 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 100 procent, mätningar av nattfasta uppgår till 100 procent beräkningar av energibehov uppgår till 100 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 92 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.  All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.  All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning 2 gånger per år.  Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.  Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 92 procent  Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.  Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat  Godkänt resultat  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 75 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna registrerats.

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 98 procent.	Godkänt resultat
För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret 2 gånger per år	Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativregistret uppgår till 100 procent	Godkänt resultat

### Samlad analys av egenkontrollen

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2019 i stort sett har uppnåtts.

### Avvikelser

Under året har totalt 270 avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b>	<b>190</b>
<b>Läkemedel, varav</b>	<b>80</b>
• Utebliven dos	62
• Dubbel dos	6
• Förväxling av tidpunkt	3
• Förväxling av patient	3
• Fel läkemedel iordningställt	2
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	4

### Analys

I jämförelse med föregående år är antalet läkemedelsavvikelser i stort sett detsamma. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven dos och antalet har ökat något sedan föregående år. En orsak kan vara oklar ansvarsfördelning för läkemedel ordinerade klockan 14.00. Rutinen har nu setts över och namngiven baspersonal här nu ansvar för administreringen klockan 14.00

---

## Klagomål och synpunkter

Inga klagomål eller synpunkter som rör hälso- och sjukvården har inkommit under året. Detta gör att mönster eller trender som indikerar 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.

## Riskanalys

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

Arbete med Väsentlighet och Riskanalys (VOR) av verksamhetens processer på organisationsnivå har genomförts 2019.

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 2019 i stort sett har uppnåtts.

Årets 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 förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen bland annat genom att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen.

## Mål och strategier för kommande år

### 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.