



# Patientsäkerhetsberättelse

## Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens vård- och  
omsorgsboende

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-18

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 .....	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>14</b>

---

## Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna 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. Under pandemin har ett viktigt mål varit att hindra smitta och spridning av covid-19.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Under 2021 har fokus legat på att följa upp och upprätthålla det förebyggande arbetet med anledning av pandemin. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och fått praktisk utbildning i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning. Vi har under året haft tätare egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar och utifrån resultatet haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. 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 vårdskador 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.

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att utveckla demensvården genom ökat användande av BPSD-instrumentet.

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

Verksamheten hade i början av året en mindre smittspridning av covid-19 främst på de avdelningar som har inriktningen demens. Smittspridningen sammanföll med den ökade spridningen i samhället under samma period. Under hösten hade verksamheten enstaka fall av konstaterad smitta.

Inträffade 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 2022*

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning och beredskap utifrån aktuellt läge i pandemin.

---

Verksamheten arbetar vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition 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 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 25 procent 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 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 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 1 tillfälle varje månad där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Under året har vi haft kortare informationsmöten och lägesrapportering efter behov 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 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 ökad samverkan med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm. Verksamheten har också haft samverkan med Smittskydd Stockholm och regionens smittspårningsteam i samband med bekräftade fall av covid-19 under året.

## **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.

Anhöriga har kontinuerligt informerats via anhörigbrev och telefonsamtal om sina närstående och aktuell information från verksamheten. Vi har bara haft bokade besök 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. 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 tas omhand av verksamhetschef som tillsammans med bitr. enhetschef utreder, analyserar och beslutar om vilka åtgärder som behöver vidtas.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten under utredningen samt informeras om beslutade vidtagna åtgärder. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

### **Egenkontroll**

De egenkontroller som genomförts under 2021 har omfattat:

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
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 i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	10 gånger i år	Vårdhygiens blanketter 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	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 läkemedelshandlingen	1 gång per månaden 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
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 bedömningsinstrument. 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.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat med anledning av pandemin. Verksamheten har fortlöpande genomfört riskanalyser.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar av hygienombud vid 10 tillfällen under året.

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts.

Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och samverkan med vårdhygien, smittskydd och smittspårningsteam för att säkerställa ett korrekt omhändertagande/kohortvård och smittspårning vid konstaterad smitta.



---

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad

Vi har rutiner för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning liksom för utökad städning och desinfektion i lokaler och boendes lägenheter. Vi har bara haft bokade besök och har rutiner för säkra besök i samband med besök

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt dokumentation av avvikelser. Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen skett i samarbete med dietist.

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

Vi genomförde i september en workshop i samverkan med Familjeläkarna med inriktning hur vi ska utveckla vården i livets slutskede.

## **Risakanalys**

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

Med anledning av pandemin och risk för smittspridning av covid-19 har verksamheten fortsatt och fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har verksamheten arbetat efter tidigare upprättade handlingsplaner med åtgärder vilka följts upp efter behov men minst en gång per vecka av verksamhetschef.

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

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 utretts som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

## **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 161 (145) journaler varit upprättade vid enheten. Alla siffror inom parentes är föregående års siffror. Den sista december 2021 var 100 journaler öppna (89).

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Målpuppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	<p>1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.</p> <p>1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.</p> <p>1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.</p>	<p>Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 10 gånger per år.</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 minst 98 procent</p> <p>Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent</p> <p>Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent</p>	<p>Ej godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
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.	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 99 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 99 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 99 procent</li> </ul> <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 67 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 48 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 24 procent</li> </ul>	Godkänt resultat

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
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 88 procent</li> <li>Undernäring till 82 procent</li> <li>Trycksår till 79 procent</li> </ul>	Ej Godkänt resultat
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)	4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig 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 minst 90 procent av patienterna.	4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad 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 bedömning av munstatus enligt ROAG.	4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar: <ul style="list-style-type: none"> <li>registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 30 procent</li> <li>bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 19 procent</li> <li>beräkning av dagligt energibehov uppgår till 46 procent</li> <li>bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 100 procent</li> </ul>	Ej godkänt resultat  Ej godkänt resultat  Ej godkänt resultat  Godkänt resultat
5. 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 planerade åtgärder finns dokumenterat uppgår till 38 procent	Godkänt resultat

### Samlad analys av egenkontrollen

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

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 96 %

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg.

---

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög men 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

Smittspridning av Covid-19 inträffade i verksamheten i mindre omfattning tidigt under året och sammanföll med en våg av ökad samhällssmitta. Riskanalyser och handlingsplan för åtgärder begränsade smittspridningen. God tillgång till skyddsutrustning, provtagning, smittspårning och vaccination har gjort att möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning har förbättras. Under hösten hade verksamheten enstaka fall av konstaterad smitta.

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något jämfört med föregående år vilket kan indikera på att avvikelserapporteringen blivit bättre men vi har också fler boende än tidigare år vilket troligen är orsaken. Verksamheten behöver fortsätta utveckla 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 med utbildningsinsatser förbättrats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Verksamheten registrerar i det nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett fortsatt förbättringsområde är att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede.

## Avvikelser

Under året har totalt 242 (235) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell. Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall, varav</b>	180
• <b>fraktur</b>	3
<b>Läkemedel, varav</b>	<b>60</b>
• Utebliven dos	46
• Förväxling av tidpunkt	3
• Felaktig iordningställt läkemedel	1
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	5
• Fel läkemedel i patientens läkemedelsskåp/förväxling av patient	5
<b>Specifik omvårdnad varav</b>	<b>2</b>
• Brist i informationsöverföring	2

---

## **Analys:**

Antalet fallavvikelser ligger i stort sett på samma nivå som föregående år. Analys visar att fallen är begränsade till ett mindre antal boende och framför allt sker i samband med att boende förflyttar sig själv.

De fallpreventiva åtgärderna som sätts in baseras på den individuella riskanalysen, till exempel genom kartläggning av när fallen sker över dygn, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång och utprovning/förskrivning av hjälpmedel. Insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen och förbygger skador. Få fall leder till frakturer.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat något från föregående år. I analysen av bakomliggande orsak till läkemedelsavvikelser kan vi se att det främst sker på grund av bristande överrapportering/ kommunikation mellan arbetspassen och på grund av brister i kontroller som ska genomföras i samband med läkemedelshandling. Åtgärder som enheten arbetar vidare med är att se över rutiner för rapportering och att tydliggöra ansvarsfördelning vid passbyten.

## **Klagomål och synpunkter**

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

## **Händelser och vårdskador**

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

## **Riskanalys**

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, och för att minska risken för smitta och smittspridning. Utarbetade handlingsplaner med åtgärder och uppföljning har använts i verksamheten.

Resultatet av genomförda egenkontroller av hygienrutiner och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten inte helt når målet 100 %. En lärdom utifrån pandemin är vikten av samverkan, tydlig ansvarsfördelning, löpande egenkontroller med riktade insatser utifrån resultatet, samt att hitta olika informationsvägar för att nå samtliga medarbetare.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med individuella 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. Egenkontroll visar också att verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

I det fortsatta arbetet med att förebygga och behandla patienter med

---

risk för undernäring eller patienter som är undernärda behöver verksamheten förbättra sitt arbete bland annat genom att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen

## Mål och strategier för kommande år

### ÖVERGRIPANDE MÅL

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning och beredskap utifrån aktuellt läge i pandemin

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

Verksamheten ska arbeta med att utveckla demensvården

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.

### 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. Minst 50 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd
6. BPSD-skattning ska göras för alla boende med demensdiagnos

### 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

6. För samtliga patienter med demensdiagnos gör teamet en BPSD- skattning och registrerar i BPSD registret