



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-01-27 Charlotte Backteman

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

---

## Innehåll



# Stockholms stad

.....	1
<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR HÄGERSTEN-ÄLVSJÖ STADSDELSNÄMND</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>STRUKTUR</b> .....	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Extern samverkan .....	6
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter .....	7
Egenkontroll .....	8
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	<b>9</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser – vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	<b>11</b>
Egenkontroll .....	11
Avvikelse .....	13
Klagomål och synpunkter .....	13
Händelser och vårdskador .....	13
Riskanalys .....	13
<b>Mål och strategier för kommande år</b> .....	<b>14</b>



---

# Sammanfattning

## Mål

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
  - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
  - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
  - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

## De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Årets viktigaste åtgärder har varit att förhindra/förebygga smittspridning av covid-19. Att säkerställa att alla medarbetare har haft kompetens genom egenkontroller och PPM-mätningar. I början av året genomfördes en utbildning för all baspersonal med hjälp av en av staden upphandlad utbildning i basal hygien.

Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna.

Fortsatt har arbetet lagts på att utveckla hälso-och sjukvårdsdokumentationen och då framför allt det kartlagda hälsotillståndet, riskbedömningar för munhälsa, trycksår, fall och undernäring. Att upprätta hälsoplaner med åtgärder som följs upp regelbundet. På kvalitetsråd har avvikelser diskuterats i teamet. Analyser av händelser har lett till ändringar i rutiner.

## De viktigaste resultaten som uppnåtts

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner  
Väl fungerande teamarbete vid riskbedömningar analys och åtgärder.  
Antal patienter som har aktuella riskbedömningar för fall, undernäring, Trycksår och ohälsa i munnen har ökat och når uppsatta mål.

## Framåtblick 2022

Målen kommer kvarstå 2022. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt följsamhet till riktlinjer och rutiner utifrån pandemin.

För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionvårdsprocessen och dokumentationen.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

### MÅL 2021

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
  - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
  - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
  - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG  
(Revised Oral Assessment Guide)

### STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram, riktlinjer och rutiner vid smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
- 1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
  - 3.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 3.2 nattfasta i tre dygn
  - 3.3 dagligt energibehov
  - 3.4 munbedömning enligt ROAG

## 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 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 sjukvårdsför-

---

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

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

## **Samverkan för att förebygga vårdskador.**

### **Intern samverkan**

Verksamhetschef och MAS samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Verksamhetschef, MAS och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Tvärprofessionella teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast), kontaktperson samt biträdande chef. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten för att förebygga vårdskada. Verksamheten samverkar med intilliggande vård- och omsorgsboende om sjuksköterskeinsatser jourtid. Legitimerad personal på servicehuset och på vård- och omsorgsboendet har gemensamma möten med verksamhetschef ca två gånger per månad.

### **Extern samverkan**

Samverkan sker med Familjeläkarna Saltsjöbaden som enligt avtal ansvarar för den medicinska vården. Patientansvarig läkare besöker verksamheten en gång per vecka, och finns tillgänglig på telefon två dagar per vecka. Övrig tid nås namngiven jourläkare med inställetid på 2 timmar om behov finns. Samverkansmöte sker årligen.

Samverkan med utförare av uppsökande verksamhet för munhälsobedömningar sker samt för nödvändig tandvård. Årlig munhälsoutbildning erbjuds all baspersonal.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar vid behov med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm enligt avtal. Under pandemin har verksamheten även samverkat med Smittskydd Stockholm samt SLSO smittspårningsteam enligt rutin.

Apotekare/farmaceut från Apoteket gör en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering en gång per år enligt avtal och möjlighet till ytterligare samverkan finns vid behov.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

För att göra patienter delaktiga erbjuds vårdplanering i samband med inflyttning. Närstående erbjuds medverka vid vårdplanering efter inhämtat samtycke. Under vårdplaneringen diskuteras hur vården ska säkerställas med patientens behov, vanor och önskemål i centrum. Medverkande är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kontaktperson och bi-

---

trädande chef. Närstående erbjuds delta i brytpunktsamtal av läkare och/eller sjuksköterska vid vård i livets slut.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelser**

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

Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas. Planerade åtgärder och riskbedömning görs. Samtliga avvikelser åtgärdas omgående eller så snart möjlighet ges.

Analys av samtliga inträffade avvikelser och beslut om åtgärder görs månadsvis på verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat. Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna återkopplas till övrig personal på avdelningsmöten och/eller arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

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

## **Klagomål och synpunkter**

Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter registreras och diarieförs. Därefter skickats de till aktuell enhet för vidare utredning. Externa klagomål från patienter och/eller närstående är en del av verksamhetens avvikelshandtering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet.

Klagomål och eller synpunkter kan lämnas direkt till enheten via telefon, mejl eller muntlig kommunikation. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Muntliga klagomål skrivs ner på särskilt blankett och diarieförs.

Enhetschef ansvarar för utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS. Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskats får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs.

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

Inkomna synpunkter och klagomål tas upp i verksamhetens kvalitetsråd månadsvis. Där sker en ytterligare övergripande analys av klagomå-

---

let/synpunkten och behovet av åtgärder på enhetsnivå nivå ses över.

## Egenkontroll

Egenkontroller som har genomförts under 2021.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuella riskbedömningar 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 per månad  1 gång per år	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer  Senior Alert
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och trycksår	1 gång per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering Rapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Vårdhygiens blankettetter: Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per året.	Punktprevalensmätning, SKR
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis
Genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer



Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	1 gång per år	Svenska Palliativregistret
Avvikelser	1 gång per månad	Vodok avvikelsemodul Genomgång månadsvis på enhetens kvalitetsråd
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång i månaden	Inkomna klagomål och synpunkter. Genomgång månadsvis på enhetens kvalitetsråd.

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta av framför allt covid-19 har fortsatt varit centralt på enheten. För att öka patientsäkerheten har frikostig provtagning varit aktuell. Vaccinationer har genomförts. Arbetet med att säkerställa att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer vad gäller skyddsutrustning och kohortvård har skett dagligen.

Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts regelbundet. PPM mätningar har utförts, analyserats och handlingsplan upprättats som följts upp.

Månatlig infektionsregistrering har följts upp.

När behov har funnits har samarbete skett med Smittskyddsenheten och Smittspårningsteamet.

Det tvärprofessionella teamets arbete har under året fortsatt att utvecklas. Teamets kompetens med den äldre och hens önskemål är i fokus och all spetskompetens kommer den äldre till gagn.

Hälso-och sjukvårdspersonalen har fortbildats i dokumentation av kartlagt hälsotillstånd, riskbedömningar och avvikelser.

Planeringsansvarig hälso-och sjukvårdspersonal har utfört riskbedömningar för fall undernäring, nutrition och munhälsa.

Kvalitetsråd har genomförts varje månad och detta råd har utvecklats under året.

---

## Risicanalys

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.

Utifrån Pandemin finns ett fortsatt stort fokus på att följa upp genomförda riskbedömningar, handlingsplaner och åtgärder utifrån smittläget på enheten.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående och protokoll från teammöten analyseras och sammanställs. Inkomna synpunkter och klagomål från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå erbjuder planeringsansvariga sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. När risker identifieras vidtas förebyggande åtgärder för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

## Utredning av händelser – vårdskador

På verksamhetens kvalitetsråd sker en övergripande analys av de händelser som medfört eller skulle kunnat medföra vårdskada. Analys sker för att finna bakomliggande orsaker och åtgärder för att förebygga/förhindra återupprepning.

## Informationssäkerhet

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal 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.

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformationen genomförs loggkontroller varje månad av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ enligt rutin

Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring kontrolleras genom egenkontroll en gång per år av ansvarig chef och/eller dokumentationshandledare.

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

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2021

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 4 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 50 procent	Inte godkänt resultat
	1.2 All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektions-registreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat
	1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 0 procent	Inte godkänt resultat
2. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none"><li>• fall uppgår till 97 procent,</li><li>• för undernäring till 97 procent och för</li><li>• trycksår till 95 procent</li></ul> Andelen riskpatienter för: <ul style="list-style-type: none"><li>• fall uppgår till 89 procent, för,</li><li>• undernäring 47 procent och för</li><li>• trycksår 14 procent.</li></ul>	Godkänt resultat

<p>3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>3.1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn</p> <p>3.2. mätning av nattfasta i tre dygn</p> <p>3.3. beräkning av energibehov</p> <p>3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)</p>	<p>För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:</p> <p>mat- och vätskeintag, nattfasta, energibehov samt genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG i samband med inflyttning.</p>	<p>Granskning av andelen genomförda registreringar, mätningar och beräkningar och munbedömningar en gång per år.</p>	<p>Andelen genomförda</p> <p>1. mat- och vätskeregistreringar uppgår till 29 procent,</p> <p>2. mätningar av nattfasta uppgår till 29 procent</p> <p>3. beräkningar av energibehov uppgår till 29 procent.</p> <p>4. Munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG uppgår till 92 procent</p>	<p>Inte godkänt resultat.</p> <p>Godkänt resultat</p>
---	---	--	--	---

### Samlad analys av egenkontrollen

Antal genomförda riskbedömningar för fall, undernäring trycksår och ohälsa i munnen når det uppsatta målet.

Alla äldre erbjuds en riskbedömning, ett fåtal tackar nej men detta kan vara anledningen till att målet på 100 procent inte nås.

Egenkontroll visar att följsamhet till riktlinjer och rutiner för nutritionsvårdprocessen brister i handling och dokumentation. Ett fåtal journaler har registrerade beräkningar av energibehov men dokumenterade hälsoplaner med åtgärder och uppföljningar saknas i varierande grad

Utbildningsinsatser har skett under året av verksamhetscontroller och dietist och dessa utbildningar måste fortsätta under kommande år för att möjliggöra bättre resultat. Dokumentationssystemet upplevs inte användarvänligt och svårt att lära sig vilket kan vara en del av förklaringen till brister i dokumentationen.

Den webbaserade hygienutbildningen är inte utförd. Dock genomfördes en gemensam utbildningsinsats i hygien för all baspersonal i början av året.

Följsamheten till basala hygienrutiner behöver förbättras. Framför allt är det handdesinfektion som ska utföras innan handskar tas på som brister. Observationer visar även att baspersonalens följsamhet till korrekt arbetsdräkt i omvårdnadssituationer behöver förbättras. En handlingsplan är upprättad.

---

## Avvikelser

Under året har totalt 87 (234) avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b>	<b>25</b>
varav med fraktur som följd	2
<b>Läkemedel</b>	<b>59</b>
• Utebliven dos	10
• Dubbel dos	1
• Signering saknas för administrerat läkemedel	46
• Felaktigt administrerat läkemedel/fel dos	2
<b>Specifik omvårdnad</b>	<b>3</b>
• Felaktigt utförd åtgärd	2
• Utebliven åtgärd	1

### Analys.

Antalet avvikelser har minskat. Under året har ett stort arbete lagts på att åtgärda läkemedelsavvikelser och då framför allt att signering saknas för administrerat läkemedel. Sjuksköterskorna har utbildat baspersonalen och regelbundet följt upp signeringslistorna. Avvikelser har återkopplats på APT och natmöten. Detta har lett till att dessa avvikelser har minskat betydligt.

Antalet fallincidenter ligger på samma nivå som föregående år. Riskbedömningar görs i team och åtgärder för att förebygga och minska risken för fall och fallskador sätts in. De flesta fall sker när boende förflyttar sig själv. Verksamheten har under året haft en informationsinsats till patienter och närstående om miljöanpassningar som en viktig åtgärd för att minska risken för fall och fallskador. Till exempel att se över och ta bort mattor och möbler som kan bidra till att öka fallrisken.

### Klagomål och synpunkter

Ett klagomål har inkommit till via Patientnämnden. Patienten ansåg att han inte fått rätt hjälp i samband med sjukdom och behov av att komma in till sjukhus. Klagomålet har utretts av enhetschef och besvarats med bedömningen att verksamheten inte brustit i sin hantering.

### Händelser och vårdskador

Ingen händelse som lett till vårdskada eller som skulle kunna leda till vårdskada har utretts under året.

### Riskanalys

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

På enhetsnivå har riskanalyser lett till ändringar av rutiner.

Som exempel kan nämnas information till patienter och närstående vid inflyttning då fallförebyggande information har lämnats. Där har bland annat lyfts

---

att det är av vikt att se över mattor och sladdar. Även belysning och bra fotbeklädnad. Detta i ett led att försöka minimera fallolyckor som till största delen sker i samband med egen förflyttning.

Omfattande utbildning av baspersonalen vad gäller vikten av att rätt läkemedel ges vid rätt tid och att det signeras på läkemedelslista. Uppföljning av signeringslistorna sker regelbundet av sjuksköterskorna. Återkopplingar sker på APT och gruppmöten. Dessa insatser har minskat antal osignerade administrerade läkemedel.

Risicanalys och lärdom utifrån resultatet kring följsamhet till basala hygienrutiner är att arbetet med informationsinsatser och egenkontroll måste fortsätta för att öka följsamheten till när handsprit ska användas och att plastförkläden alltid används samband med omvårdnad.

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. Fortsatt måste utvecklingsarbete läggas på fullständiga nutritionsutredningar och dokumentation av nutritionsvårdsprocessen. Egenkontroller kommer genomföras tätare, varje kvartal, av dokumentationshandledare och chef.

## Mål och strategier för kommande år

### ÖVERGRIPANDE MÅL 2022

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

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/behöver verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

### MÅL 2022

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
  - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
  - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
  - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

---

## STRATEGIER

- 1.1 All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.
- 1.2 All personal följer gällande handlingsprogram, riktlinjer och rutiner vid smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
- 1.3 All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar omvårdnadsansvarig sjuksköterska:
  - 3.1 mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 3.2 nattfasta i tre dygn
  - 3.3 dagligt energibehov
  - 3.4 munbedömning enligt ROAG