



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-14 Beata Torgersson

verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
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
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador	12
Riskanalys	13
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

De huvudsakliga målen för 2018 har varit:

- att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att identifiera riskpatienter,
- att göra munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG för att identifiera patienter med ohälsa i munnen
- inga trycksår uppkomna i verksamheten,
- förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner och smittor

De viktigaste åtgärderna under året för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats. Som ett led i detta har legitimerad personal utbildats i nutrition.

Verksamheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förebygga spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Två sjuksköterskor har gått grundutbildning i Vårdhygien och verksamheten har i samverkan med hygiensjuksköterska haft ett informationstillfälle för personal om multiresistenta bakterier och vårdrutiner kring detta.

Infektionsregistreringen har följts och analyserats. Självskattningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har gjorts två gånger under året.

Övriga åtgärder för att höja vårdkvalitén och patientsäkerheten är att verksamheten under året certifierats i Silviahemmets vårdfilosofi vid demenssjukdom. 17 personal har också utbildats till palliativa ombud vid vård i livets slutskede genom palliativt kunskapscentrum (PKC).

Egenkontroll visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet i stort sett uppnåtts under 2018. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts för i stort sett samtliga patienter. Målet för genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG har uppnåtts. Samtliga patienter har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel. Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner har skett.

Framåtblick 2019

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämställa 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 fokusera på att förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar.
4. Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
5. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede.
8. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
 - 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 3.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
 - 3.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. 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.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel i beslutstödet Guide.
7. Utbildning av cirka 20 palliativa ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

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 gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten och dokumentationsmöten fyra gånger per månad.

I tvärprofessionella kvalitetsråd diskuteras och analyseras avvikelser, synpunkter och klagomål en gång per månad. Verksamhetschef, biträdande enhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation. I regelbundna samverkansmöten 2 gånger per år med läkarorganisationens verksamhetschef, boendets verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm. Samverkan enligt avtal sker även med apotekare/farmaceut från Apoteket för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård

Patienters och närståendes delaktighet

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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.

Analys av inträffade avvikelser och beslut om åtgärder sker i verksamhetens tvärprofessionella kvalitetsråd varje månad. Beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen och avvikelsemodulen. Avvikelserna återkopplas till övrig personal på sidomöten och arbetsplatsträffar av ansvarig chef.

Utsedda kvalitetsrådsansvariga sjuksköterskor avslutar avvikelserna i avvikelsemodulen när åtgärder för att förhindra återupprepning har vidtagits och dokumenterats.

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 för underskrift.
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 kvalitetsrådsmöten. 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. Återkoppling till personal görs på personalmöten.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller

synpunkten. Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av chef som avgör grad av utredning.

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 2018 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	2 gånger per år	Vodok Senior Alert
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL indikatorer
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och 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
Genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	2 gånger per år	Vodok
Patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	HSL-indikatorer Beslutsstödet Guide

Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret	2 gånger per år	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.

Fyra sjuksköterskor och en arbetsterapeut har under året gått en två dagars utbildning i nutrition som genomförts av stadsdelens dietist.

I slutet av året har prioriterade områden för legitimerad personal varit att uppdatera sig om gällande riktlinjer och lokala regler för fall, undernäring och trycksår och hur detta ska dokumenteras i patientjournalen.

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. Totalt 20 personal har deltagit vid informationstillfälle av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm om multiresistenta bakterier och vårdrutiner kring detta

Ett utbildningstillfälle i Guide, ett digitalt beslutstöd för individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel, har genomförts för sjuksköterskor och berörd baspersonal.

Verksamheten har under året certifierats i Silviahemmets vårdfilosofi vid demenssjukdom. 17 personal har under hösten utbildats till palliativa ombud vid vård i livets slutskede genom palliativt kunskapscentrum (PKC). För alla patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.

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.

Verksamhetens lokala samverkansavtal med ansvarig läkarorganisation har

reviderats för att förtydliga ansvarsfördelningen framför allt inom området nutrition

Riskanalys

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

Under året har verksamheten arbetat med den riskanalys som gjordes när korttidsavdelningen stängdes och korttidsvården integrerades på plan 2. Den handlingsplan som upprättades för att säkerhetsställa att arbetssätt och rutiner implementerats har följts upp.

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 omvårdnadsansvariga 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 genomloggning 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. Som en del i detta arbete upprättade enheten en lokal rutin för översyn och avslut av behörigheter till system med vårdinformation i samband med att en anställning upphör.

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 vid årlig dokumentationsgranskning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och genom egenkontroll två gånger per år av ansvarig chef.

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
1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 96 procent, för undernäring till 96 procent och trycksår till 94 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 91 procent, för undernäring 85 procent och trycksår 50 procent.	Godkänt resultat
2. 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 trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 1 procent	Godkänt resultat
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	3. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning 2 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler	Godkänt resultat
	3.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.	Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat
	3.3. 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 100 procent	Godkänt resultat

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
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 76 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna registrerats.
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 79 procent	Godkänt resultat
Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel i beslutstödet Guide.	Granskning av andelen individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel. Granskning av andelen förskrivna inkontinenshjälpmedel i Guide	Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 100 procent Andelen förskrivna inkontinenshjälpmedel i Guide uppgår till 70 procent	Godkänt resultat Godkänt resultat
Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede	Utbildning av ca 20 palliativa ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede	Granskning av andelen personal som utbildats till palliativa ombud	17st Palliativa ombud har utbildats	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 2018 i stort sett har uppnåtts.

Avvikelser

Under året har totalt 309 avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall	232
Läkemedel	76
• Utebliven dos	41
• Dubbel dos	3
• Förväxling av tidpunkt	10
• Förväxling av patient	8
• Läkemedel administrerats fel	1
• Fel läkemedel iordningställt	4
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	8
• Övrigt	1
Specifik omvårdnad	1

Analys

I jämförelse med föregående år har antalet läkemedelsavvikelser minskat kraftigt, framför allt avvikelser som rör utebliven signering. En trolig orsak är att enheten arbetat med att implementera lokala rutiner och nya arbetssätt för läkemedelshanteringen.

Klagomål och synpunkter

Endast ett klagomål som rör informationsöverföring 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.

Risikanalyt

Verksamhetens riskhantering sker idag främst genom analys och åtgärder på individnivå i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Riskhantering på organisationsnivå gjordes i samband med förändringen av enhetens organisation av korttidsvården vilken fortsatt under året. Utifrån den Riskanalys som gjordes upprättades en handlingsplan med åtgärder. Uppföljningen av handlingsplanen visar att organisationsförändringen inte inneburit någon risk för patientsäkerheten.

Arbete med Väsentlighet och Riskanalys (VOR) av verksamhetens processer på organisationsnivå har påbörjats under slutet av 2018.

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 2018 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 2019

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 hälften 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 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 hälften 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 75 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.