



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-13 Ann Norén,

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	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	9
Egenkontroll.....	9
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador	12
Riskanalys	12
Mål och strategier för kommande år	12

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 på enheten
- att kvalitetssäkra delegeringsförfarandet
- förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner och smittor

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

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt bedömning av munhälsa har genomförts för flertalet av patienterna. För att säkerställa delegeringsförfarandet har all omvårdnadspersonal genomgått delegeringsutbildning med fastställt utbildningsmaterial. Genom att omarbeta signeringslistorna har avvikelser som rör delar av läkemedelshanteringen minskat, vilket visar att verksamheten nått en bit på väg för att komma till rätta med den typen av avvikelser.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Infektionsregistrering har följts och analyserats. Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har gjorts under året.

De egenkontroller som genomförts visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet i stort sett uppnått under 2018.

Framåtblick 2019

Maten har en medicinsk betydelse och är att jämföras med annan medicinsk behandling såsom läkemedelsbehandling. Vi vill därför tidigt identifiera de 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.

Verksamheten kommer också att fortsätta arbete med delegeringsförfarandet.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
4. Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.
5. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument ska genomföras för 50 procent av patienterna med symtom på detta.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. Kvalitetssäkra delegeringsförfarandet.
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede.
9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av inkontinens för 50 procent av patienterna med blåsdysfunktion/inkontinens.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utbildar all omvårdnadspersonal som ska ta emot delegering enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest vid nya delegeringar och vid omprövning av delegering.
8. Utbildning av cirka 12 palliativa ombud, legitimerad personal och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede.
9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i

Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.

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.

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.

Teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast) och omvårdnadspersonal. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten för att förebygga vårdskada.

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. I samverkansmöten under året med verksamhetschef, sjuksköterska, läkarverksamhetens verksamhetschef och MAS diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förebygga att vårdskada uppstår.

Verksamheten samverkar med intilliggande vård- och omsorgsboende avseende sjuksköterskeinsatser jourtid enligt avtal.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar

regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm enligt avtal.

Samverkan sker även med apotekare/farmaceut från Apoteket för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen en gång per år enligt avtal.

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 och vid behov rehabiliteringspersonal. I samband med inflyttningen uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten.

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.

Analys av inträffade avvikelser och beslut om åtgärder görs på verksamhetens tvärprofessionella team- möten varannan månad. Beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna återkopplas till övrig personal på arbetsplatsträffar av ansvarig chef.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till 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 blanketten vidare för diarieföring hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och eventuellt personakt.
3. Klagomålet utreds av verksamhetschefen tillsammans med berörd personal. Åtgärd/åtgärder diskuteras så snart som möjligt på arbetsplatsträff, APT, och beslutad/beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten.
4. Återkoppling görs till den som framfört klagomålet så snart som möjligt. Återkoppling till personal görs via APT- protokoll.
5. Sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter görs.

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	2 gånger per år	Vodok Senior Alert
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och trycksår	2 gånger per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång 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	1 gång per år	Senior Alert
Genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	1 gång per år	Vodok
Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	HSL- indikatorer
Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	1 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Avvikelser	Var annan månad	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.

Två sjuksköterskor en sjukgymnast och en arbetsterapeut har under året gått en två dagars utbildning i nutrition som genomförts av stadsdelens dietist. I slutet av året har prioriterade område för legitimerad personal varit att uppdatera sig om gällande riktlinjer och lokala regler för fall, undernäring och trycksår och hur detta 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 ett tillfälle under året.

10 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.

På hälso- och sjukvårdsmöten varannan månad deltar verksamhetschef, sjuksköterskor och rehabpersonal 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.

Risikanalys

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 och inför sommarperioden.

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 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

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. Under året har en genomgång av samtliga personliga konton och kopplade behörigheter gjorts av utsedd sjuksköterska.

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 skriftliga rutiner. 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 en till 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 minst en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 92 procent, för undernäring till 87 procent och trycksår till 82 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 82 procent, för undernäring till 48 procent och trycksår till 18 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. 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 50 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna registrerats.
4. Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 81 procent	Godkänt resultat
5. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument ska genomföras för 50 procent av patienterna med symtom på detta	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av inkontinens för 50 procent av patienterna med blåsdysfunktion/inkontinens.	Granskning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med genomförda bedömningar en gång per år.	Andelen genomförda bedömningar uppgår till 46 procent.	I stort sett godkänt resultat.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel.	Granskning av andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 98 procent	Godkänt resultat.
7. Kvalitetssäkra delegeringsförfarandet.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utbildar all omvårdnadspersonal som ska ta emot delegering enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest vid nya delegeringar och vid omprövning av delegering.	Granskning av andelen personal med delegeringsutbildning enligt fastställt material en gång per år.	Andelen personal med genomgången delegeringsutbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede	Utbildning av 10 palliativa ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede	Granskning av andelen personal som genomgått utbildningen till palliativa ombud	Andelen personal som genomgått utbildningen uppgår till 100 procent	Godkänt resultat

9. 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 1 gång per år.	Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativregistret uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
10. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	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.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning 1 gång per år. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektions-registreringen månadsvis. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som tillämpar basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 95 procent Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent. Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat

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. Granskningen visar också att det finns brister i följsamhet till lokala regler och rutiner för nutrition, vilket gör det svårt att följa nutritionsvårdsprocessen i journalerna

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.

Verksamheten har överlag har en bra egenkontroll. Verksamheten måste dock förbättra sin egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen för att säkerställa att journalföringen uppfyller kraven i lagstiftning och gällande riktlinjer.

Avvikelser

Under året har totalt 291 avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
Fall	56
Läkemedel	234
• Utebliven dos	7
• Signatur saknas för administrering av läkemedel	226
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	8

Syftet med att rapportera och utreda avvikelser är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen. Det är därför viktigt för patientsäkerhetsarbete att alla avvikelser rapporteras. Flertalet avvikelser rör utebliven signering vid administrering av läkemedel.

Flertalet läkemedel administreras av personal med delegering för uppgiften. Administreringen ska signeras på signeringslista som bekräftelse på att patienten tagit sina läkemedel. Utebliven signering vid administrering av läkemedel är även i år den vanligaste typen av avvikelse.

Under året har verksamheten arbetat med att kvalitetssäkra delegeringsförfarandet. Antalet avvikelser som rör signering av administrerat läkemedel har minskat med en cirka tredjedel i jämförelse med förra året. Signeringslistorna har omarbetats och förenklats och därmed har avvikelserna minskat. Detta pekar på att verksamheten nått en bit på väg för att komma till rätta med den typen av avvikelser men behöver fortsätta arbetet med detta under 2019.

Klagomål och synpunkter

Inget klagomål som rör hälso- och sjukvården har inkommit under året vilket gör att det inte går att se mönster och trender

Händelser och vårdskador

Det finns ett behov av att förbättra verksamhetens arbete med att utreda händelser och risker som lett till vårdskador eller som skulle kunna leda till vårdskador. Verksamheten behöver utveckla ett strukturerat arbetssätt, framför allt för de delar som rör utredning 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 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.

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

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.

MÅL 2019

1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska utredning göras för minst hälften av patienterna. Utredningen ska omfatta:
 - 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 85 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. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar och beräknar följande för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning:
 - 2.1. mat och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. nattfasta i tre dygn
 - 2.3. dagligt energibehov
3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör munbedömning enligt ROAG för 85 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.