



Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-26 Jonna Hermansson

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

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.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
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 2019 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 ska uppkomma på enheten,
- att kvalitetssäkra delegeringsförfarandet, och
- förhindra spridning 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 och baspersonal utbildats vidare i nutrition.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt bedömning av munhälsa har genomförts. För att säkerställa delegeringsförfarandet har all omvårdnadspersonal genomgått delegeringsutbildning med fastställt utbildningsmaterial.

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 delvis uppnått under 2019.

Framåtblick 2020

Verksamheten kommer under 2020 att:

- fortsätta arbetet med att systematiskt erbjuda alla boende aktuell riskbedömningar,
- utveckla nutritionsvårdsprocessen,
- utveckla användandet av nationella kvalitetsregister,
- utveckla delegeringsförfarandet och avvikelshanteringen för säkerställa följsamhet till lokal regler och rutiner, och
- fortsätta utveckla verksamhetens processer på organisationsnivå för att till större del än tidigare omfatta hälso- och sjukvård.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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. mätning 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, mäter 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.
-

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

Extern samverkan

Verksamheten har under hösten fått en ny ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden och den lokala samverkansöverenskommelsen är under revidering för att förtydliga ansvarsfördelningen, bland annat inom området nutrition.

För patienter med svårsläta sår samverkar verksamheten vid behov med sårcentrum på Södersjukhuset.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar vid behov med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm enligt avtal.

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

Patienters och närståendes delaktighet:

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Vårdplanering genomförs inom två veckor efter inflytt. Medverkande är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kontaktperson. I samband med inflyttningen uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten enligt rutin.

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. 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

Klagomål och synpunkter hanteras enligt Stadsdelens rutin för avvikelshanterings.

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 lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS.

Egenkontroll

Egenkontroller som har genomförts under 2019

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	Minst 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, en arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal har under året gått vidareutbildning i nutrition som genomförts av stadsdelens dietist.

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

Enhetens palliativa ombud har under våren vidareutbildats inom 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 Palliativistret.

Från och med den 1 november finns en ny organisation Älvsjö Äldrecenter, som består av Älvsjögårdens VoB och Älvsjö servicehus. Under året/hösten har ett stort arbete gjorts för att få ihop den nya organisationen på ett säkert och bra sätt. Det har till stor del handlat om att legitimerad personal från de båda verksamheterna ska hitta bra samarbetsformer och för att i så stor uträkning som möjligt arbeta efter gemensamma rutiner.

Sedan hösten 2019 har hälso- och sjukvårdsmöten utvecklats och hålls numera var tredje vecka. I mötena deltar verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast från Älvsjögårdens VoB och Älvsjö servicehus samt stadsdelens dietist. Under den senare delen av året har verksamheten arbetat med att upprätta och uppdatera lokala rutiner.

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.

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 och hälso- och sjukvårdsutvecklare.

Egenkontrollen omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och 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 23 procent, för undernäring till 25 procent och trycksår till 23 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 91 procent, för undernäring till 75 procent och trycksår till 9 procent.	För att uppnå ett godkänt resultat skulle andelen riskbedömningar varit minst 80 procent
För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska för minst hälften av patienterna göras en utredning som omfattar: 1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn 2. mätning av nattfasta i tre dygn 3. beräkning av energibehov	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar mat- och vätskeintag, mäter nattfasta och beräknar energibehov för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning.	Granskning av andelen genomförda registreringar, mätningar och beräkningar en gång per år.	Andelen genomförda 1 mat- och vätskeregistreringar uppgår till 0 procent, 2 mätningar av nattfasta uppgår till 0 procent 3 beräkningar av energibehov uppgår till 0 procent	Inte godkänt resultat.
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 85 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 15 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle andelen bedömningar varit minst 80 procent
Inga trycksår uppkomna på enheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 2 procent	Godkänt resultat
Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	All personal tillämpar basala hygienrutiner. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning 2 gånger per år. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektions-registreringen månadsvis. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 90 procent Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent. Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat Godkänt resultat Godkänt resultat
Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior	Andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert uppgår till 27 procent.	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna

som samtycker till registreringen	kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.	Alert två gånger per år.		ha registrerats.
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 100 procent	Godkänt resultat.
För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret 1 gång 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.

Egenkontrollen av riskbedömningar visar att det vid årsskiftet fortfarande finns riskbedömningar som behöver uppdateras, ett arbete som blivit förskjutet något men som pågår förfullt. Några patient har också valt att tacka nej till erbjudandet om riskbedömning.

Det finns flera orsaker till att Älvsjö servicehus visar sämre resultat 2019. En orsak är att en av två ordinarie sjuksköterskor varit frånvarande under hösten och ersatts av vikarie, vilket inneburit fortlöpande arbetsuppgifter prioriterats framför, till exempel riskbedömningar. Verksamheten har upprättat en handlingsplan som innebär att riskbedömningarna kommer att vara uppdaterade våren 2020.

En annan orsak är den organisationsförändring som planerats och genomförts under året i samband med återgång av, före detta Kristallgårdens VoB till kommunal regi. För att säkerställa en säker återgång har tillgängliga extra sjuksköterskeresurser till stor del prioriterats till detta.

Avvikelser

Under året har totalt 558 avvikelser registrerats/rapporterats

Typ av avvikelse	Antal
Fall	42
Läkemedel	517
• Utebliven dos	4
• Signatur saknas för administrering av läkemedel	511

• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	1
• Övrigt/annat	1

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. Verksamheten kommer under 2020 att arbeta för att minska antalet uteblivna signeringar.

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 för att på ett mer tillfredsställande sätt förhindra återupprepning och/eller begränsa effekter av händelser som inte går att förhindra.

Risikanalys

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

Arbete med Väsentlighet och Riskanalys (VOR) av verksamhetens processer på organisationsnivå fortsätter att utvecklas.

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 2020

Älvsjö servicehus kommer att arbeta mer fokuserat och systematiskt med avvikelsehanteringen i alla led med övergripande strategier genom att, bland annat inrätta ett kvalitetsråd i verksamheten.

Arbetet med Väsentlighet- och Riskanalys (VOR) av verksamhetens processer på organisationsnivå ska fortsätta att utvecklas för att till större del än tidigare

omfatta hälso- och sjukvården.

Följande kvarstående brister ska vara genomförd senast maj 2020:

1. Alla patienter som tackar ja till erbjudandet ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. För hälften av alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller som är undernärda i samband med inflyttning ska en utredning göras som omfattar registrering av mat- och vätskeintag, mätning av nattfasta och beräkning av dagligt energibehov.

MÅL 2020

1. Alla patienter ska ha erbjudas riskbedömning 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 dagligt energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) erbjuds och görs för 85 procent av patienterna som tackat ja till erbjudandet.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
6. Minska antalet uteblivna signeringar vid administrering av läkemedel med minst 50 procent.
7. Användandet av nationella kvalitetsregister ökar.
8. Egenkontroller görs utifrån uppsatta mål 2020.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och utför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. För de patienter som tackar nej till bedömning ska detta dokumenteras.
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 erbjuder och gör munbedömning enligt ROAG för 85 procent av patienterna som tackar ja till erbjudandet.
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.
 - 6.1 Utveckling av delegeringsförfarandet med stärkta signeringsrutiner.
 - 6.2 Kvalitetsråd införs i verksamheten med start i februari 2020 där antalet avvikelser ses över, analyseras och åtgärder vidtas för att förhindra upprepning.
 - 7. 1 Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar gjorda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt vården i livets slutskede i nationella kvalitetsregister.
 - 7.2 Stärka det tvärprofessionella teamarbetet.
 - 8. Utveckla verksamhetens VoR inklusive egenkontroller utifrån uppsatta mål 2020.