



Patientsäkerhetsberättelse för

**Rinkeby Vård och Omsorgsboende
År 2024**



Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen för Rinkeby vård och omsorgsboende syftar till att ge en översikt över de åtgärder och initiativ som vidtagits för att säkerställa patientsäkerheten för 2025. Syftet är att beskriva verksamhetens strävan efter att erbjuda en trygg vårdmiljö av god kvalitet för våra patienter och våra medarbetare.

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vård skador.....	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Öka kunskap om inträffade vård skador	12

Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	13
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelser	13
Klagomål och synpunkter	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR	14

SAMMANFATTNING

Under 2024 har det skett en fortsatt implementering av rutiner och nya arbetssätt. Tydliga rutiner finns, en svårighet har varit att hålla skriftliga rutiner levande för de legitimerad personal.

Riskbedömning och uppföljning av nutrition, fall, trycksår och munhälsa har ökat och dokumenteras av sjuksköterskor. ADL-bedömningar dokumenteras av arbetsterapeut samt förflyttningsstatus av fysioterapeut. Dokumentationen uppfyller dock inte ställda krav. Dokumentationen ska utvecklas i hela vårdprocessen med ännu fler bedömningar, planering och utförande av åtgärder/insatser samt uppföljning av resultat i hälsoplaner. Sjuksköterskor har under hösten haft dokumentationsstöd av en utsedd dokumentation stödjare.

Under året har nutrition varit ett fokusområde. Kosten som serveras till de äldre ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11timmar. Nattfastamätningar och måltidsobservationer har genomförts enligt rutin. Dietist har under året hållit utbildning om nattfasta för samtliga personal.

Läkemedelsgranskning med apotekare och hygienrond har gjorts under hösten. Under året har den digitala rondplattform Collabdoc införts. Som ett led i att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen infördes i oktober ett digitalt signeringsverktyg APPVA. APPVA används utöver läkemedelssignering även för signering av andra utförda rehab och hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamheten har under 2024 fortsatt arbetet med att utveckla rutin om egenkontroll. Egenkontroller har utförts gällande avvikelser, basala hygienrutiner och loggkontroll av dokumentation. Risker som identifierats har sitt ursprung i avvikelser följs upp genom utredning, åtgärd och uppföljning.

Patientsäkerhetsarbetet har varit väl synligt för personal som närstående genom att det har tagits upp på arbetsplatsträffar, boende-och/närstående månadsbrev och anhörigmöten samt kvalitetsråd.

Teammöten har fortsatt utvecklas med målsättning att bli en naturlig bas för personcentrerad vård kring den enskilde.

Under 2024 har verksamheten fortsatt att arbeta med de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert och svenska palliativ registret. Vi har även kommit igång med registrering i SveDem.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vård skada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Verksamheten har en verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL som är legitimerad sjuksköterska.

Våren 2024 rekryterades en biträdande enhetschef för hälso- och sjukvårds-kompetens som dels är huvudansvarig för korttidsenheten och dels har ett organisatoriskt ansvar för verksamhetens legitimerade personal.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Rinkeby vård och omsorgsboende har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Förebygga vårdskador genom att arbeta med riskbedömningar. Öka antalet riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert. Patienter som bedöms ha risk i Senior Alert har åtgärder insatta och att dessa följs upp var tredje månad.

- Förbättra och säkerställa administrering av läkemedel och därmed minska antalet läkemedelsrelaterade avvikelser.
- Fortsätta att arbeta för att förbättra följsamheten av basala hygienrutiner.
- Hälsoplaner ska finnas för de personer som har risk och där åtgärder satts in.
- Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål ska ge individen möjlighet att vara delaktig i vården.
- Antalet registrerad avvikelser ska öka.
- Att hälso- och sjukvårdprocessens steg följs och dokumenteras av legitimerad personal.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso-och sjukvårdslagen. Rinkeby vård och omsorgsboende har ett grundläggande ledningssystem. Ledningssystemet finns digitalt och känt och är tillgängliggjort för all medarbetare. Boende erbjuds trygg och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården bedrivs med respekt för de boendes integritet och självbestämmande.

Enhetschef ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter och att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) riktlinjer är kända i verksamheten. Enhetschef

ansvarar för att resursanvändning och att bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård.

Biträdande enhetschef för Hälso-sjukvårdsansvar ansvarar för kvalitét- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Rinkeby vård och omsorgsboende. Hen ansvarar för att avvikelser utreds och används för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och anmäler allvarliga händelser till MAS och MAR för vidare utredning för eventuell anmälan enligt Lex Maria.

MAS och MAR följer årligen upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet genom verktyget QUSTA(Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) i dialog med ledningen och hälso- och sjukvårdspersonal. MAS och MAR informerar verksamheten kontinuerligt om förändringar i lagstiftelsen eller andra förändringar som berör hälso- och sjukvården.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal personal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. De ansvarar för att utföra risk-och preventionsbedömningar för respektive patient. Legitimerad personal ansvarar också för att hälso- och sjukvård insatser utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. De bidrar till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och rapporterar risker och negativa händelser till enhetschef för hälso- och sjukvård, som i sin tur rapporterar till MAS/MAR..

Omvårdnadspersonal med hälso-och sjukvårdsuppdrag efter delegering, följer de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien, och dietist. Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Samverkan för att förebygga vård skador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Läkarsamverkan- Rinkeby vård och omsorgsboende har ett samverkansavtal med läkarorganisationen Capio. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Den ansvarige läkaren är på plats en dag i veckan, men finns tillgänglig alla vardagar, dagtid. Jourtid kontaktas jourläkare vid behov.

Övriga samverkan som bidrar till att säkra vården sker genom kvalitetsgranskning av läkemedelshantering via Apotek AB, Flexident som utför munhälsobedömning och erbjuder nödvändig tandvård. Avtal finns med Vårdhygien som ger stöd och utbildning inom det vårdhygieniska området. Fot & Hälsa gruppen utför medicinsk fotvård.

Samverkan på korttidsenheten sker i form av SIP (samordnad individuell plan) möten innan patientens vistelse avslutas. I vårdplaneringen samverkar förutom patient och eventuell dess anhörig, utsedd kontaktperson på korttidsenheten, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Utifrån beslut som tas på vårdplaneringen, samverkas det eventuella fortsatta hjälpbehovet av vård- och omsorg.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Stockholmsstad har en strikt IT- policy och en strikt informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Stockholmsstad.

I stadsdelsförvaltningen finns ansvarig för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftleverantör säkerställer att informationen är säkrad och kan inte missbrukas. Allt är anpassat med GDPR.

Loggkontroller i journalsystemet Vodok genomförs månadsvis, sammanställs och skickas till MAS en gång om året. Om något avviker i loggkontrollen delges MAS för vidare handläggning.

Vid inflyttning tillfrågas alltid patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ (nationell patientöversikt). Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. MAS utför loggkontroller i NPÖ och informerar verksamheten om något avviker för vidare åtgärder.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs kontinuerligt och analyseras i verksamheten. Arbetet med att utföra riskbedömningar, kartlägga hälsotillstånd och skapa hälsoplaner är ett fortsatt pågående arbete.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom stockholmsstad finns avdelningen för miljö och hälsoskydd, avdelningen arbetar med tillsyn genom inspektion och granskning.

En god säkerhetskultur

Alla medarbetare ska ha kunskap om hur rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelse.



SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort är spårbart och används för inloggning i vårdtjänster såsom Pascal, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister samt utfärdande av tandvårdskort. SITHS inloggning används för att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats.

När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras denna till enhetschef och till MAS och MAR som har ansvar för att systematiskt arbeta med ett ständigt förbättringsarbete samt att identifiera och bearbeta kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelse rapport, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffade återförs till medarbetare, brukare, närstående eller andra intressenter.

Digitala läkemedelsskåp används i verksamheten. Det innebär en kvalitets-säkring av läkemedelshanteringen, det är endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital registrering, det går spåra vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Sjuksköterskornas läkemedelsrum dörr är försedd med digitalt lås vilket leder till spårbarhet.

Kvalitetsrådet som sker en gång per månad, fyller en viktig funktion i ett lärande syfte, då avvikelser som är oidentifierade och utredda, diskuteras i teamet.

Varje patient erbjuds en årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt överenskommelse med ansvarig läkarorganisation.

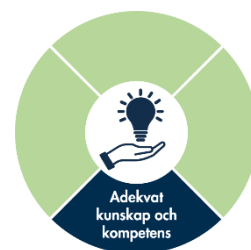
Nationella kvalitetsregister används för ett systematiskt kvalitetsarbete;

- I senior alert följs resultatet för det vårdpreventiva arbetssättet gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och inkontinens.
- I palliativa registret följs hur den palliativa vården fungerade sista veckan i patientens liv och ger indikationer på förbättringsåtgärder inom verksamheten.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Verksamheten har under 2024 utbildat semestervikarie inför sommaren i basala hygienrutiner, läkemedelsdelegering och förflyttningsteknik. Verksamheten påbörjade Stjärnmärkutbildning för all personal. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell och tagit av Svenskt Demenscentrum. Syftet med utbildningen är att ge medarbetare inom vård och omsorg grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att kunna arbeta personcentrerat.



Samtlig omvårdnadspersonal uppdaterar sig kontinuerligt i säker läkemedelshantering genom förnyelse av sina läkemedelsdelegeringar tillsammans med sjuksköterska. Detta sker 1 gång/år.

Under våren 2024 har det anställts en biträdande enhetschef med ansvar för Hälso-och sjukvård.

Utbildningar för omvårdnadspersonal och legitimerad personal 2024:

- Palliativa ombud utbildning via Palliativ Kunskaps Center (PKC). Nio personal sju omvårdnadspersonal, en fysioterapeut och en sjuksköterska.
- Lyftutbildning har erbjudits omvårdnadspersonal inför sommar, en arbetsterapeut och en fysioterapeut håller i utbildningen.
- Samtlig personal ha enligt rutin gått Vårdhygiens webbaserad utbildning i basalhygienrutiner.
- Fler av personal har genomgått föreläsning/utbildning i munhälsa av Flexident.
- APPVA ett digitalt signeringsverktyg för läkemedelshanteringen och för utförda rehab och hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Utbildning för den digitala rondplattform Collabdoc för legitimerad personal.
- Stjärnmärkt instruktör utbildning via Svenskt demens centrum.
- Utbildning i Salutogen förhållningssätt.
- Språkutbildning
- Utbildning i psykisk hälsa och ohälsa
- Utbildning bemötande av äldre med nedsatt syn och hörsel
- Värdegrundsledare utbildning, 3 personal har gått 7,5poäng på Marie Cederschiöld högskola.
- Kost utbildning med dietist

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. På Rinkeby vård och omsorgsboende bemöts patienten med respekt som skapar tillit och förtroende. Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska. Det är viktigt med öppen dialog vilket sker kontinuerligt och vid behov. Anhörigmöten hålls två gånger om året och boende möten hålls en gång i månaden. På möten ges tillfälle att informera om verksamheten och lyssna in synpunkter från patienter och anhöriga.

Närstående erbjuds möjlighet att medverka vid de strukturerade välkomstsamtalen vid inflyttning.

Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas närstående (efter samtycke från patienten) för att ges information men även för att verksamheten ska få ta del av deras upplevelser.

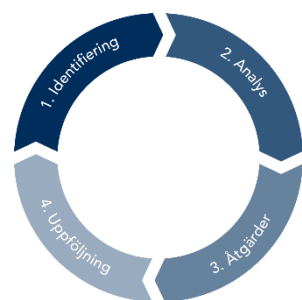


AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Rinkeby Vård och omsorgsboende arbetar aktivt med att utveckla arbetet med avvikelser och avvikelshantering. Kvalitetsråd har under 2024 fortsatt att utvecklas.

Under 2024 har egenkontroll som innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat har ut-
enligt tabellen nedan.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dokumentation	Två gånger per år	Egenkontroll enligt framtagen mall
Loggkontroller Månadsvis Logglistor i Vodok	Månadsvis	Logglistor i Vodok
Riskbedömningar fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	Två gånger per år och vid behov	Sammanställning i journalsystemet Vodok och SeniorAlert
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Funktionsbedömning ADL	En gång per	Sammanställning i journalsystemet Vo-
Avvikelser	Månadsvis	Sammanställning i journalsystemet Vo-
Uppföljning av hälso- och sjukvården	En gång på år	Mall för verksamhetsuppföljning av MAS
Vård i livets slut	En gång per år	Svenska palliativregistret

Nattfasta	Två gånger	Framtagen mal
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)

Öka kunskap om inträffade vård skador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom att verksamheten utifrån sitt kvalitetsledningssystem utreder händelser och tillbud som eventuellt har kunnat leda till en vårdskada uppstår ett värdefullt lärande.

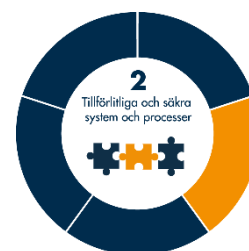
Hantering för avvikelser och klagomålshantering inom hälso- och sjukvård i det patientnära arbetet har under året hanterats på enhetsnivå och händelser som kategoriserats som allvarliga har hanterats av MAS.



Verksamheten har under 2024 haft en händelse av allvarlig karaktär. Händelsen berörde brister i dokumentationen vid vaccinationsarbete. Resultatet av analysen påvisade brist i följsamhet av rutin.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2024 har det implementerats digital rond plattform Col-labdoc och digital signering system för läkemedel och rehab insatser APPVA.



Identifierade områden som det behöver arbetas mer med inom verksamheten är bland annat kvalitetsregister. Egenkontrollerna gällande Senior Alert och Svenska palliativregistret visar båda att arbetet behöver utvecklas och förbättras. För att nå målen krävs samsyn, samarbete och engagemang i HSL gruppen (legitimerad personal).

	2023	2024
Senior Alert	7	37

BPSD	0	0
Swedem	0	1
Palliativa	3	8

Säker vård här och nu

- Extern kvalitetsgranskning gällande läkemedels-
hantering genomfördes under 2024 av Apoteket
AB. Förbättring åtgärder som togs har verksam-
heten fortsatt att jobba med.
- Patientdokumentationen i journalsystemet Vodok är ett fortsatt ut-
vecklingsområde. Utsedd dokumentationsstöd-
jare har fortsatt med
sitt arbete.



Riskhantering

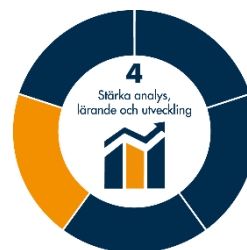
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Staden har en övergripande riktlinje för utredning av vårdskador, rappor-
tering av

Stärka analys, lärande och utveckling

Rinkeby vård och omsorgsboende har en lokal rutin för
avvikelser som är känd av all personal. Analys av risker
för vårdskador sker via inrapporterade avvikelser i verk-
samhetssystemet men arbetet med hanteringen av ris-
kerna skulle kunna utvecklas.

Enligt statistik gällande avvikelser nedan se man ett tydligt behov av kompe-
tensutveckling i avvikelse rapportering.



Verksamheten ska göra risk- och konsekvensanalys inför någon form av förändring för att identifiera och bedöma de risker som finns och vilka konsekvenser det skulle kunna leda till.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Verksamheten har under 2024 fortsatt med arbete med sjuksköterska gruppen om rapportering av läkemedelsavvikelser i VODOKs avvikelsemodulen. Utifrån digitalsignering APPVA tror vi oss kunna se en förbättring gällande hantering av läkemedelsavvikelse under 2025. Verksamheten jobba ständigt med att uppmuntra till att avvikelserapportering.

Avvikelser	2023	2024
Läkemedel	10	33
Fall	28	92
Specifik omvårdnad	0	2
Vårdkedjan	0	1
Trycksår	0	1
Specifik rehab	0	2

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål. Under 2024 har det inkommit 21 klagomål och synpunkter, som utretts och analyserats i samband med övrigt avvikelsearbete.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fortsatt patientsäkerhetsarbete för att öka riskmedvetenhet och beredskap kommer bland annat ske genom kompetensutveckling.



Introduktion för sommarvikarier som implementerades 2023 har fortsatt även 2024. Introduktion omfattar utbildning och information gällande bland annat omvårdnad, bemötande, värdegrund, rapporteringsskyldighet, hälso- och sjukvårdsinsatser, läkemedelshantering/ delegering, avvikelser hantering och förflyttningsteknik.

- Uppföljning av delegeringar.
- Fortsatt arbete och utbildning/stöd gällande dokumentation i VODOK.
- Verksamheten har en krisledningsplan och rutiner för driftstopp. Dessa rutiner har uppmärksammats på de olika mötes forum såsom APT och enhets möten

MÅL STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR.

MÅL 2025

Målet för 2025 är att säkerställa verksamhetens processer, såsom:

- Alla medarbetare ska ha kunskap om avvikelseprocessen och arbeta enligt rutin. Verksamheten ska öka antalet registrerade avvikelser.
- Förbättrad kvalitet vad gäller dokumentationen. Under 2025 kommer verksamheten införa dokumentation workshops och utbildning i journalgranskning.
- Säker läkemedelshantering med digital signering av läkemedel och säkerställa följsamhet till rutin för delegering. Under 2025 kommer verksamheten ha en strukturerad uppföljning av delegeringar.
- Fortsätta utveckling på enheten genom att arbeta med registrering i Senior Alert och tillgodogöra oss statistik från dessa register för att sedan använda oss av detta i vårt kvalitetsarbete kring patienten.
- Öka god och jämlik palliativ vård genom att arbeta enligt rutin och ökat antal registreringar i palliativa registret. Under 2025 kommer verksamheten att komma igång med palliativråd med en tydlig handlingsplan.
- Minska antalet fall med skada genom att säkerställa följsamhet till rutin för fallförebyggande arbete. Utbildningsinsatser med bland annat webbutbildningar ska genomföras av all personal.
- Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- Att verksamheten registrerar i Svedem.