



Patientsäkerhetsberättelse

Pilträdet's servicehus

År 2021

2022-02-08

Linda Malmgren enhetschef

Susanna Ericson biträdande enhetschef

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.....	8
Uppföljning genom egenkontroll	8
Egenkontroll:.....	8
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll.....	11
Resultatredovisning.....	12
Avvikelser	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Händelser och vårdskador	14
Riskanalys	14
Mål och strategier för 2020	14

Sammanfattning

Den årliga kvalitetsuppföljningen av Hälso- och sjukvården på Pilträdes Servicehus, visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård.

Pandemin har haft fortsatt fokus, och enheten har haft fortsatt inriktning på att minska på risken för smittspridning. Arbetet har skett enligt gällande riktlinjer och rekommendationer. Utbildningar och egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt under året. Ett team med personal för att bedriva kohortvård upprättades inledningsvis av pandemin och har under tiden snabbt kunnat återupptas då behov uppstår för att omhänderta patienter med misstänkt eller konstaterad smitta.

Enhetens mål för riskbedömningar enligt; Norton risk för trycksår, Downton fallriskindex, ROAG munhälsobedömning och MNA risk för malnutrition har uppnåtts. Det har skett en förbättring med det systematiska arbetet med att kontrollera och följa upp delegeringarna. För att ytterligare säkra läkemedelshandlingen infördes under våren ett digitalt system för signering av läkemedel.

I arbetet med avvikelshantering har antal inkomna avvikelser fluktuerat under året. Regelbundna kvalitetsforum har genomförts under året och det pågår ett ständigt förbättringsarbete.

Det finns ett utvecklingsbehov av Hälso- och sjukvårdsdokumentationen, framförallt att tydliggöra patientens och närståendes delaktighet i vården och tydliggöra processen kring inkontinens. För att öka kompetensen hos medarbetarna har en av verksamhetens sjuksköterskor haft utbildning i sjukdomslära och omvårdnad. Utbildning har genomförts i smågrupper under året. Förvaltningens dietist har utbildat i nutrition och sakkunnig inom kognition har föreläst om hjärnans uppbyggnad. Utbildning via Apoteket i läkemedelshandling smågrupper via digitala system på grund av pandemin.

En sjuksköterska har börjat vidareutbildning ”Vård av äldre”, vilket kommer främja verksamhetens kompetensmässigt då hon är färdigutbildad. Sjuksköterskor har erhållit sårvårdsutbildning och utbildning inom diabetes. Arbetsterapeut har genomgått utbildning; Smärta och smärtskattning för äldre. Enheten har haft en fysioterapeutstudent och sjuksköterskestudenter under året.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Målen 2021 för verksamheten på Pilträdet Servicehus

1. Patienterna får god vård och omsorg
2. Patienterna har inflytande över sin tillvaro
3. Patienterna har stöd till en god matsituation
4. Patienterna ska känna sig trygga
5. Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
6. Enheten är en medskapande arbetsplats
7. Patienterna ska bli respektfullt bemötta

Strategier för Pilträdet servicehus 2021

- Fortsatt utveckling av teamarbetet med patienterna i fokus
- Nutrition med fokus på patienter med undernäring
- Implementera användandet av smärtskalor
- Införande av NVP
- Vidareutveckling av de palliativa ombudens roll
- Aktuella inkontinensbedömningar för alla patienter
- 80 % av patienterna ska ha en aktuell inkontinensutredning
- 90 % av ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA.
- 90 % ska ha en aktuell ADL bedömning
- 90 % ska ha en utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår.
- 90 % ska ha en fallriskbedömning enligt Downton

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ p1

Enhetschef är verksamhetschef och ansvarar enligt 4 kap. 2§ HSL för att enheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård av hög kvalitet upprätthålls. Att patientens behov av trygghet och delaktighet tillgodoses. Enhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens och överlåter vissa Hälso- och sjukvårdsuppgifter till biträdande enhetschef såsom ansvar för Hälso- och sjukvårdspersonal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt Hälso- sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6 §. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och en god hygienisk standard upprätthålls och att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Legitimerad personal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso- och sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk och preventionsbedömningar för respektive patient. Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Omvårdnad och sjukvård erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet.

Extern samverkan:

- På uppdrag av Region Stockholm ombesörjer Capio Legevisitten läkarinsatserna på verksamheten. Samverkansmöten sker regelbundet under året.
- Vårdhygien finns till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller vid behov utbildning.
- Apoteket AB genomför apotekskontroller en gång per år där sjuksköterska, MAS och biträdande enhetschef deltar
- Oral Care erbjuder kostnadsfri munhälsobedömning, samt erbjuder

nödvändig tandvård och utbildning.

- Vårdliljans sjuksköterskejour ansvarar för hälso–sjukvården under kväll och natt. Samverkansmöten sker regelbundet under året.

Enheten har internt tillgång till en dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentation och dietist.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientens vård, efter samtycke av patienten. Med patientens medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande, beslut tas i teamet hur och när och vem som informerar och involverar närstående. Närstående kontaktas vid förändrat/akut tillstånd om patienten har lämnat sitt samtycke tidigare till detta.

För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar enheten i team som består av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samordnare och kontaktperson. Där teamet identifierar problem tillsammans i grupp och enskilt.

Enheten samarbetar med förtroenderådet med syfte att informera om nyheter, diskutera vad som händer på enheten samt fånga upp och föra fram allmänna synpunkter från patienter och anhöriga. Förtroenderådet leds av ordförande som bjuder in enhetschef och rådet träffas en gång i månaden

På enheten finns ett anhörigombud tillgängligt som en länk mellan personal, patienter och närstående. Den årliga brukarundersökningen används som redskap för identifiera områden som behöver förbättras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659. 6 kap. 4§ och SOFS 7 kap. 2§ p 5

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika vårdskador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt.

Avvikelser

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelse. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen i journalsystemet där MAS/MAR och närmaste chef kan ta del av den. Vid misstanke om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas chef, MAS/MAR omedelbart. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs

upp enskilt eller med berörda parter efter behov.

Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Avvikelse sammanställs och tas upp på kvalitetsforum och arbetsplatsträffar.

Avvikelsehantering är en av grundstenarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

Enhetschef

Enhetschef har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten.

Biträdande enhetschef ansvarar tillsammans med enhetschef för att:

- regler och rutiner är kända och följs av all personal
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser
- regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal
- det finns rutiner på enheten så att medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Ansvarar för att:

- vidta de åtgärder som behövs för patientsäkerheten
- dokumentera åtgärder
- utreda orsaker till avvikelsen
- informera biträdande enhetschef om avvikelsen
- rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef
- informera vårdtagaren/närstående om avvikelsen

Sjukgymnast och Arbetsterapeut

Ansvarar för att:

- medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter
- medverka i arbetet med avvikelser som rör rehabiliteringsfrågor
- dokumentera avvikelser rörande området rehabilitering
- utreda orsaker till avvikelser inom området rehabilitering och hjälpmedel
- medverka i arbetet med fall - avvikelser

Hälso-sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera avvikande händelser till Sodexo hjälpmedelscentral, om hjälpmedel levereras trasiga eller felaktiga, om ett hjälpmedel går sönder ska det rapporteras till läkemedelsverket om det medfört skada eller risk för skada.

Hälso- och sjukvårdspersonal har samma ansvar och medverkar utifrån sina yrkesspecifika kompetenser i utredning och analys av händelser.

Klagomål och synpunkter

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

Enheten har lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till enheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utreds, och ansvarar för att skicka in klagomål och utredning till stadsdelen för diarieföring.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll:

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom enheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa / Hur
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta Verksamhetsbesök MAS/MAR
Dokumentationsgranskning HSL	2 gånger per år	Enligt checklista
Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Enligt framtagen mall
Avvikelser	Löpande	Avvikelsesystemet i Vodok
Oanmält besök, kontroll av patientens LM-skåp	2 gånger per år	Enligt checklista
Riskbedömningar: fall, trycksår, undernäring, kon- tinens och munhälsa	1 gång per månad	Sammanställningar från Vodok, doku- mentationssystem
Aktivitetsbedömning ADL	1 gång per månad	Sammanställning från Vodok
Kvalitetsregister	1 gång per månad	Senior Alert och Palli- ativa registret
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Framtagen mall
Kvalitetsgranskning av lä- kemedelshantering.	1 gång per år	Apoteket
Hygienrond	Vid behov	Skер i samarbete med Vårdhygien

Basala hygienrutiner	Var 3:e månad	Observation, självskattningar
Loggkontroller Vodok	1 gång per månad.	Enligt framtagen mall
Delegeringar	En gång var tredje månad	Digitalt system och pärm.
MTP	1 gång per år	Enligt MTP -lista
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Protokoll
Följsamhet hantering hjälpmedel	Var tredje månad	Enligt självskattning-kunskapsfrågor
Inhämtat samtyckeskyddsåtgärder	Var tredje månad	Journalgranskning

Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p 2

Kvalitetsuppföljning Qusta

Qusta har genomförts på enheten under året. Qusta används som ett internt kvalitetsinstrument för att bedöma om enheten har förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller god kvalitet. Inför Qusta- uppföljning genomför enheten en självskattning för att ringa in förbättringsområden. Uppföljningen ska stimulera till ständiga förbättringar och vidareutvecklingar inom hälso- och sjukvårdens område.

Infektionsregistrering

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

Palliativa registret

Sjuksköterskorna registrerar avlidna patienter på enheten i palliativa registret.

Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet Vodok. Dokumentationsgranskning sker två gånger per år av enhetens två dokumentationshandläggare.

Apoteksgranskning

Apoteksgranskning sker en gång per år, vid en inspektion granskar receptarien förråd, rutiner och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar.

Hygien/ hygienrund

Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner sker var tredje månad på enheten. Hygienrund utförs vid behov tillsammans med Vårdhygien.

Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som brister i vårdkedjan, och fall följs upp på kvalitetsforum varje månad. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelsemodulen. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjuksköterska samt i vissa fall av sjukgymnast. Vid kvalitetsforum närvarar medarbetare från alla yrkeskategorier regelbundet med fokus på interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål.

Målet med kvalitetsforum är att enheten ska arbeta systematiskt med kvalitetsförbättringar, och redovisas till alla medarbetare.

Klagomål och synpunkter

Under året har ett fåtal klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten. Som utretts och återkopplats till berörda, eventuella åtgärder genomförts.

Interna och externa möten

Teammöten sker två gånger per vecka. Kvalitetsforum en gång per månad. Läkarrond en gång per vecka. Hälso- sjukvårds möten sker en gång per månad. Sjuksköterskemöte en gång i månaden samt möte med fysioterapeut och arbetsterapeut sker en gång i månaden. Samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation två gånger under året och med Vårdliljans sjuksköterskejourn två gånger per år och vid behov.

Delegeringar

Egenkontroll innebär att delegeringar är aktuella var tredje månad, enligt checklista.

Riskbedömningar

Egenkontroller av utförda riskbedömningar har genomförts månadsvis och resultatet har redovisats till Hälso-sjukvårdspersonalen.

Risikanalys

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

Under det gångna året har risikanalys tagits fram gällande årets semesterplaneringar för sommar och för jul-nyår.

Utredning av händelser – vårdskador

HSL-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Ingen vårdskada har rapporterats till IVO under året.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller av biträdande enhets- chef i journalsystemet Vodok. Even-

tuella avvikelser rapporteras och följs upp. Resultatet skickas in till MAS efter årets slut. Vid inflyttning tillfrågas patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ. Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. MAS utför loggkontroller i NPÖ.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap.10 § p 3

Egenkontroll

Kvalitetsuppföljningen Qusta gällande hälso- och sjukvården på enheten, visar på gott resultat, vilket är goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård.

Dokumentation

Enheten har genomfört egenkontroller gällande hälso- och sjukvårds dokumentation. Kompetensen gällande dokumentation är generellt på god nivå men kan förbättras. Den senaste granskningen liknar den tidigare, men i ICF är bättre än vårens resultat. Under året ses en förbättring i dokumentationen gällande upprättande av fler hälsoplaner och frastexter används. Användning av smärtskalor har förbättras en aning och dokumenteras vid användning, även utöver patienter som befinner sig i ett palliativt skede. Behöver likväl bli bättre i användandet av smärtskala och synliggöra det i dokumentationen. Enheten behöver fortsätta att arbeta med att synliggöra patientens och närståendes delaktighet mer i journalsystemet. Under pandemin har dokumentation kring Covid-19, utvecklats med hjälp av stadsdelens dokumentationshändare

Loggkontroller

Inga avvikelser under året har registrerats i journalsystemet Vodok. Genomförda loggkontroller av MAS har visat att samtycke inhämtats i NPÖ.

Delegering

Det nya digitala verktyget för signering av läkemedel, APPVA har införts under våren. Bättre kontroll och uppföljning av delegeringar ses och en bättre fördelning av antal delegeringar per sjuksköterska. Över lag en bättre struktur kring delegeringar. Ett system som underlättar att få fram statistik gällande olika delar av läkemedelshanteringen.

Läkemedelshantering

Egenkontroller i APPVA, visar att enheten behöver förbättra området utebliven dos och/eller missade signeringar samt försenade signeringar. Går inte att utröna några större variationer mellan morgon och kvällssigneringar och/eller utebliven dos då det ligger snarlikt i antalet. Orsaker är brist i uppmärksamhet, brist i rutin samt brist i följsamhet. Viss problematik med åtkomst till nätverket kan också vara bidragande till att signering registreras som "sent" i systemet. Under året har det skett en minskning av missade signeringar har setts under året

Basala hygienrutiner

Samtlig personal genomför årligen webbutbildning i hygien. Utbildning både internt och externt samt observationer av följsamhet till basala hygienrutiner

genomförs kontinuerligt. En specifik pärm gällande Covid-19 och rutiner skapades tidigt under pandemin och är fortfarande aktuell.

God följsamhet gällande basala hygienrutiner vid egenkontroller. Enheten har lagt ner mycket arbete kring utbildning och utfört tätare kontroller gällande följsamhet av basala hygienrutiner. Dock har en försämring gällande basala hygienrutiner setts vid höstens PPM-mätning

Vård i livets slut

Det fortsatta fördjupningsarbetet med palliativa ombud har inte kunnat genomföras i samma utsträckning som planerat på grund av pandemin. En planeringsdag genomfördes med palliativa ombud och antal ombud har ökat, vilket är positivt. En omstart har utförts för att fortsätta arbetet internt.

Riskbedömningar

Målet för antal utförda riskbedömningar för att kvalitetssäkra det vårdpreventiva arbetet med trycksår, nutrition, fallrisk och munhälsa, har uppnåtts.

Registrering i Senior Alert har gjorts, sker på TEAM-möten då samtliga yrkeskategoriers kunskap tas tillvara.

Resultat av genomförda riskbedömningar i procent/jämförelse med tidigare år

Årtal	2019	2020	2021
ROAG	90 %	96 %	97 %
MNA	96 %	97 %	97 %
Downton	92 %	98 %	82 %

Roag =bedömer munhälsan Norton= mäter risk för trycksår MNA= mäter risk för undernäring Downton= mäter risk för fall

ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder.

Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd/jämfört med tidigare år

Årtal	2019	2020	2021
ADL	100 %	93 %	97 %

PPM avseende blåsfunktion

Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat punktprevalensmätning avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 100 % av de som har blåsdysfunktion har fått en basal utredning och 74% har fått individuellt utprovat inkontinens hjälpmedel. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad Nicola-risk bedömning är utförd och ligger på 96 %

PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 13 % av brukarna på Pilträdet har beslut om

skyddsåtgärd. Av dem har 96 % upprättad hälsoplan. 96 % av dessa har dokumenterade samtycken.

Infektionsregistrering

Enheten har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika-behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virus-infektioner) som MAS tar del av.

Indikation för antibiotikabehandling

Av infektionsregistreringarna med indikation för antibiotika behandling ses en generell minskning av de kategorier som registreras från föregående år.

2021= 33

2020 = 41

2019 = 75

Vårdrelaterade infektioner

Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit.

Antal boende med vårdrelaterade infektioner ligger på samma nivå som föregående år. Under förra året, 4 registreringar fördelat över infektioner varav en på ESBL, två på MRSA, en på Hepatit. Ingen spridning har registrerats.

Covid-19, infektioner.

Ett fåtal patienter har insjuknat i Covid-19 under året. Alla vårdades i kohortteamet tills läkare bedömt som smittfria. Smittspårning utfördes i samband med konstaterad smitta.

Avlidna

Målet för den palliativa vården är att samtliga patienter som flyttar in på pilträdet avlider i sina lägenheter, att de inte ska behöva åka in till akutsjukhusen och avsluta sina dagar där. Antal avlidna på Pilträdet har ökat de senare åren och en bidragande orsak är att personerna som flyttar in är mycket sämre i sitt hälso- tillstånd.

Avvikelser

Läkemedelsavvikelser jämfört med tidigare år.

Årtal	2019	2020	2021
Antal:	69	31	31

Fallavvikelser jämfört med föregående år

Årtal	2019	2020	2021
Antal	249	213	249

Antal fall med misstanke om skada:

Årtal	2019	2020	2021
Antal	19	21	23

Statistiken grundar sig på avvikelser registrerade i verksamhetens avvikelsemodul i Vodok. De flesta läkemedelsavvikelser gäller utebliven dos som enheten arbetar mycket med att minska. Förhoppningsvis kommer det digitala signeringsverktyget att hjälpa till att minska på avvikelser.

Avlidna

Händelser och vårdskador

Trycksår av varierande gradering enligt Norton-skalan, har under året uppstått på enheten, de klassas som alltid vårdskada. För att öka kunskapen om trycksår och andra sårinfektioner har sjuksköterskorna erhållit sårutbildning.

Riskanalys

Riskanalys har genomförts inför sommarperioden och jul och nyår för att säkerställa att hälso- och sjukvården fungerar när flera av ordinarie personal har ledigt sommarperioden och vid jul och nyår. Utvärderingen av riskanalyserna visar på att det har fungerat bra, att det varit patientsäkert. Flera riskanalyser och handlingsplaner kopplat till covid-19 har tagits fram under året och följts upp. Vid behov har också rutiner reviderats

Mål och strategier för 2022

Enheten arbetar för att alla patienter ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen, hälsoplan ska upprättas om risk identifierats.
- Palliativa ombuden ansvarar för fortsatt planering och implementering av nationell vårdplan i verksamheten, samt strukturera möten för reflektion.
- Fortsatt aktivt arbeta att minska på framförallt fall och läkemedelsavvikelser
- Implementera nya kunskapstester via Apoteket för delegeringar
- Säkerställa att alla patienter har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Synliggöra patientens och närståendes delaktighet i dokumentationen
Införa ”att göra listan” via dokumentationssystemet Vodok

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvård enligt års mall för egenkontroll
- Fortsatt arbete och uppföljningar av registrering i kvalitetsregistren
- Delta aktivt i hälso- och sjukvårdprocessteam för en stärkt patientsäkerhet på Kungsholmen

Kompetensutveckling:

- Hälso-sjukvårdspersonal, har en stående punkt på APT som rör hälso-sjukvård, till exempel; utbildning
- Säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, läkemedel, palliativ smärta.
- Fortsatta utbildningar av sjuksköterska gällande de vanligaste diagnoserna samt basal omvårdnad.
- Öka kunskapen kring avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet
- Fortsatt implementering av NVP i verksamheten
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.