

Patientsäkerhetsberättelse För Söderströmsgården År 2023



Datum 1.2.2024
Ansvarig för innehållet Päivi Leponiemi
Diarienummer

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Informationssäkerhet.....	6
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	17
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

Det specifika krav som ställs av avseende kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård har varit ledande under årets arbete. Under första kvartalet fick hälso- och sjukvårdsledningen kompetensutveckling inom de systematiska patientsäkerhetsarbete.

Kartläggning av hälso- och sjukvårdsprocesser tillsammans med andra professioner påbörjades i processverktyget Stratsys. Verksamhetssystemet kommer att används som stöd i enhetens kvalitetsarbetet.

Socialnämnden fick kritik år 2022 i samband med IVO granskning inom fyra områden, individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation, personalkontinuitet, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

Handlingsplan upprättades inom områden som kritiserades och fokus under året har varit förbättringsarbete utifrån handlingsplanen.

Sedan tidigare har ledningen på enheterna återkommande beskrivit svårigheterna gällande dokumentationssystem som inte stödjer legitimerad personal i journalföring. Komplexiteten bekräftas även när IVO fick bristfälligt underlag som levererades till IVO inför granskning.

Sammansatt hälso- och sjukvårdsledning där enhetscheferna tillsammans gör analyser och beslut inom patientsäkerhet stärkes genom att bilda en HSL ledningsgrupp. Verksamhetschef inom ÄO leder gruppen.

Åtkomst till Nationell patientöversikt (NPÖ) blivit möjligt vilket är framgång gällande sammanhållen vård.

Revidering av mål för hälso- och sjukvården i enlighet med tidigare målen antogs av socialnämnden under våren. Måluppfyllelsen framkommer i patientsäkerhetsberättelsen.

Samordningsansvarig sjuksköterska avslutade sin tjänst under sommaren. Tjänsten ersattes genom ökning av basbemanning i sjuksköterskegruppen vilket har gett kontinuitet i patientnära arbetet.

Under året har verksamheten rekryterad tre sjuksköterskor.

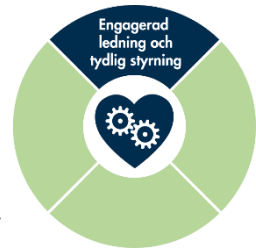
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

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

God, säker och sammanhållen vård för den enskilde ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier. Socialnämnden har fastställt övergripande mål för hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer för äldre.



Målet för den kommunala hälso- och sjukvården är:

- Hälsöfrämjande åtgärder
- Vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete
 - Läkemedelsbehandling ska vara säker
 - Vid vård i livets slutskede ska god palliativ vård ges

Strategier mot målet:

- Personcentrerad vård där den enskilde är delaktig
- Adekvat kunskap och kompetens (vetenskap och evidens)
 - Strukturering och organisering av kvalitetsarbete

Organisation och ansvar

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade, dagverksamheter och dagliga verksamheter. Kommunens ansvar omfattar hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar.

Läkaransvaret i särskilt boende åligger Capio Legevisitten AB.

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav för god vård. Verksamhet ÄO tillhör förvaltningsledning och har övergripande ledningsansvar för enhetscheferna med HSL ansvar.

Enhetschefen för Söderströmsgården är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård ansvarar för att vården tillgodoser hög patientsäkerhet utifrån lagar och föreskrifter. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att kvalitetsarbetet integrerats i den dagliga verksamheten, medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet, att riktlinjer och rutiner är kända och följs samt att medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur medarbetare fullgör sina arbetsuppgifter.

Mas (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, journalen förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, avvikelserapportering och kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patientens tillstånd fordrar det.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan genom delegering överlåta en hälso- och sjukvårdsuppgift till omsorgspersonal. Omsorgspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Vilket kräver att alla medarbetare har rätt kompetens, riktlinjer och rutiner är kända och följs, medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns flera samverkans forum för förebyggande arbetet.

- Hälso- och sjukvårdsledningsgrupp träffar 2 gånger per månad under ledning av verksamhetschef äldreomsorg.
- Hälso- och sjukvårdsmöte med legitimerad personal en gång per månad.
- Avdelningsmöte en gång i månad där samverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal samverkar.
- Nattmöten en gång per månad med legitimerad och omsorgspersonal samverkar.
- Samordningsmöte tillsammans enhetschef, biträdande enhetschefer och undersköterska med samordnande ansvar
- Ombudsmöte utifrån ansvar inom hygien, palliativ, nutrition och demens.
- Vårdplanering
- Läkarsamtal

Enheten samarbetar med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga
- Tandvårdsenheten (SLL, avtal om årliga munhälsobedömningar erbjuds till alla, sjuksköterska får behörighet att utfärda tandvårdsstöd kort efter genomgången utbildning)
- Avtal med Apoteket AB avseende kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtal med Vårdhygien för konsultation, utbildningar och hygienronder
- Ekerö Kommun har avtal med foterapeuter gällande medicinsk fotvård
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan utförare och läkarorganisation Capio Legevisitten AB
- Avtal med Ignis AB angående transport av avliden
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderströmsgården, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information som behövs i arbetet ska ha ett tillräckligt skydd utifrån de krav som ställs i lagstiftning (GDPR och patientdatalagen).

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning av enhetschef Inloggning med SITHS kort eller Mobilt BankId Loggkontroller varje 3:e månad av stab Tagg/inloggning vid utskrift Utskrivning dokumenteras automatisk i journalen	Granskning av utförd loggkontroll. Behörighetsgenomgång sker kvartalsvis i samband med ny medarbetare eller avslut med systemförvaltare.
Vaccinera; Region Stockholm	Journalföring av utförda vaccinationer	Behörighetsindelning via läkarorganisation. Inloggning med SITHS kort	Uppföljning årligen via läkarorganisation
Pascal Inera	Förskrivningsverktyg för läkemedel. Receptutskrift används som ordinationshandling och ingår i journalen.	Behörighetsindelning sker via Regionens Elektronisk katalog. Inloggning med SITHS kort Utskrift av alla ordinationshandlingsversioner ingår i journalen och förvaras inlåst hos den enskilde i läkemedelskåpet och arkiveras med patientjournalen.	Kontinuerlig av ansvarig sjuksköterska Avvikelser Egenkontroll av behörigheter
Senior Alert; Nationellt kvalitetsregister	Strukturerat arbete med förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och planering av åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens	Behörighetsindelning Inloggning med SITHS kort Samtycke inhämtas från den enskilde Avregistrering vid inaktualitet	Årlig kontroll gällande behörighet och aktualitet registreringar.
BPSD; Nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Inloggning med SITHS kort eller kod Samtycke inhämtas från den enskilde Avregistrering vid inaktualitet	Årligen
Svenska Palliativregistret, Nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården i livets slut	Behörighetsindelning Inloggning med SITHS kort Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga	Årligen

Symfoni; Region Stockholm	Utfärda tandvårdsstödsintyg och registrering av underlag av erbjuden munhälsobedömning	Inloggning med SITHS kort Kräver webbutbildning innan inloggning. Masen ger behörighet till systemet. Automatisk gallring.	Masen ansvarar för kontroll för aktualitet gällande medarbetare, och att rätta enheter finns i systemet samt informerar om genomförande / uteblivna munhälsobedömningar gällande upphandlade utförare.
Beställningsportalen	Individuell förskrivning av hjälpmedel	Inloggning med SITHS kort eller användarnamn/lösenord. Utbildning samt Socialstyrelsen intyg krävs.	Dokumentation i journal Fakturagranskning
ApoEx	Beställning apoteksvaror till Akut och buffert förråd	Inloggning med BankId Behörighetsindelning av enhetschef	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras
Nationell katalogtjänst HSA- elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT system (Pascal, Alfa Signit, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS och Kvalitetsregister)	Behörighetsindelning av enhetschef	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras, kvitteras kvartalsvis
Alfa eCare Signit signeringssystem	Digital signeringslista för läkemedel	Behörighetsindelning av enhetschef för legitimerad personal. Inloggning med SITHS kort Legitimerad personal ger behörighet till omsorgspersonal vid delegering. Inloggning med Mobilt BankId för omsorgspersonalen Applikationen där signering sker är kopplad till kommunens telefoner läggs in i systemet av systemförvaltare.	Behörighet av legitimerad personal vid anställning. Årlig förlängning av legitimerad personal Ek katalogen. Behörighet efter delegering av omvårdnadspersonal Årlig förlängning av delegering. Avslutas vid anställningens upphörande.
DF Respons	Rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Utredning av dessa.	Inloggning med Mobilt BankId Behörighetsindelning	Behörighet ges till legitimerad personal vid anställning av systemförvaltare utifrån sin roll.
NPÖ; Inera	Information av patient från slutna vård.	Behörighetsstyrd inloggning med SITSH kort via individens journalsystem Pulsen Combine. Loggkontroller av staben varje 3:e månad	Kvittering av manuella personposter via elektronisk katalog.
Sjuktransport; Region Stockholm	Beställa sjuktransport mellan slutna vård och kommun.	Inloggning med SITSH kort.	Kopplad till SITSH kort, legitimerad personal.
Samtrans Beställningsportal Digra	Beställa resor mellan kommun och ordinärt boende	Inloggning till resebeställningsportal Digra Beställning av behörighet görs av enhetschef Behörighetsstyrd inloggning med användarnamn och lösenord	Samråd med Samtrans

En god säkerhetskultur

Vi har arbetat med lärande och kompetens i organisationen, samt återkommande riskanalyser. Nära arbete med arbetsplatsens skyddsombud har lett till att flera riskbedömningar är gjorda.

Medarbetarna har varit delaktiga i förbättringsarbete och identifierat brister och risker. Utvärderingar tillsammans har varit utvecklande för verksamhetens säkerhetskultur.

Att involvera de boende/anhöriga till inbjudande dialog i vardagen har skett på olika sätt. Samverkan sker vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser och kontinuerliga möten i vardagsarbetet.

På hälso- och sjukvårdsmöten har vi analyserat vårt arbetssätt och rutiner. Det systematiska arbetet sker utifrån planering enligt årshjulet. Fokusområden har varit att stärka och stödja omsorgspersonalen inom bas- och specialistkunskaperna.

All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i avvikelssystemet DF respons och är medvetna om sin skyldighet.

Rapportering av avvikelser har ökat vilket vi är positiva till då detta förbättrar säkerhetskulturen. Digitala rapporteringssystemet har förenklat processen att rapportera samt att uppföljningen har blivit bättre när detta görs i samband med avdelningsmöten, vilket har lett till bättre teamarbete och förståelse för avvikelshantering.

Personal deltar i utredningen samt är delaktiga i diskussion gällande bakomliggande orsaker och vilka åtgärder är lämpliga utifrån avvikelser. Detta ökar förståelsen av att arbeta med förebyggande åtgärder för att minska risker och återkommande avvikelser.

Omstrukturering utförd gällande planerade möten. Alla team (hygien, palliativ, demens, nutrition) har handlingsplan (mål, genomförande och uppföljning) för att lätt kunna följa förbättringsarbete.

Uppdragsbeskrivning finns för ombuden. I uppdragsbeskrivningen kommer fram ansvarsrollen samt förväntningarna för uppdraget.

Möten med nattpersonalen har skett månadsvis tillsammans med enhetschefen, nattsjuksköterskan och omsorgspersonalen.

Avdelningsmöten med omsorgspersonal har struktur där enhetschefen, biträdande enhetschefer, legitimerad personal deltar. Reflektion enligt Silviahemmets vårdfilosofin, boendegenomgång utifrån HSL och SoL processer ingår i mötesstrukturen.



Adekvat kunskap och kompetens

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

Under första kvartalet fick hälso- och sjukvårdsledningen kompetensutveckling inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Denna satsning är utgångspunkt för fortsatt arbete på enheten.

Återkommande utbildningar (dokumentation, förflyttningsutbildning, basal omvårdnad, demens, hot och våld, delegering -administration av läkemedel) erbjuds för medarbetare för att säkerställa kunskap och kompetens. Kunskapsstöd finns reglerad på enheten för att säkerställa att enheten använder evidensbaserade metoder.

Under året har flera medarbetare deltagit i Silviahemmets grundutbildning i demensvård.

En sjuksköterska och en undersköterska har fått utbildning i suicidprevention.

Legitimerad personal har fått utbildning gällande läkemedelsbehandling och avvikelshanteringssystemet.

Webbutbildningar inom demens, hygien, nutrition och palliativa vård finns tillgängliga till all personal.

Medarbetarnas schema är viktigt även utifrån patientsäkerhetsarbetet. Nytt arbetstidsschema påbörjades 1.10.2023 enligt EU:s arbetstidsdirektiv. För medarbetarna innebär de nya reglerna ett förstärkt skydd för vila och återhämtning, men schemaförändringarna har även inneburit svårigheter eftersom det finns begränsning mellan arbete och fritid som kan ha viss negativ påverkan i arbetet. På enhetsnivån innebär förändringen att verksamheten behöver förbättra kommunikationsvägar för att säkerställa överrapportering mellan arbetspassen och arbetsgruppen.

Flera medarbetare studerar med hjälp av omsorgslyftet vilket har påverkat kontinuitet på avdelningarna. Fortlöpande rekrytering har pågått hela året för att minska vakanta rader och skapa stabilitet på avdelningarna.

En undersköterska har blivit klar med sin specialistundersköterska utbildning inom demensvård genom Äldreomsorgslyftet.

En sjuksköterska har pågående specialistutbildning Vård av äldre och ansvarar för delegeringsutbildning för omsorgspersonalen.

Dietisten inom nutritionsområdet uppdaterat och upprättat nya rutiner och arbetssätt. Dietisten ingår i nutritionsteamet och har kontinuerlig kontakt med legitimerad personalen gällande individuella nutritionsbehandlingar.

Demenssamordnare har utförd observationer på avdelningarna, handledning gällande bemötande och hot och våld.



Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en god och 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. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Den enskilde och närstående erbjuds att vara delaktig vid inflyttning, vårdplanering, läkarsamtal samt läkemedelsgenomgångar. Information om det nationella kvalitetsregistret ges och samtycke efterfrågas.

Den enskilde och vissa fall närstående informeras av sjuksköterska eller läkare vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Det finns skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Anhörigträffar erbjuds på boenden, boendebrev skickas regelbundet för att informera om kommande händelser. Digitala skärmar används för att informera förändringar som sker inom kort.

Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas närstående 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 §

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Händelseanalyser görs samband med avvikelshantering för att få en tydlig bild över vad som hänt och fram för allt ta fram ett antal åtgärder för att förhindra att det händer igen. Detta görs tillsammans med legitimerad personal, omsorgspersonal och ledning samband med avdelningsmöten.

Inga allvarliga händelser enligt Lex Maria har blivit rapporterat till IVO.

Utökad utredning har genomfört utifrån vårdskada som skedde i samband med förflyttning.

Handlingsplan upprättades utifrån händelsen. Händelsen ledde till en överarmsfraktur, lidande och minskad livskvalitet hos den boende.

Händelseanalysen visade sig att omsorgspersonalen agerade korrekt i situationen, riskområden identifierades och förbättringsarbete påbörjades i förebyggande syfte.

Händelseanalysen visade sig att omsorgspersonalen agerade korrekt i situationen, riskområden identifierades och förbättringsarbete påbörjades i förebyggande syfte.



Under året har följande egenkontroller utförts på enheten:

Undernäring

Mål: Minska undernäring

Resultat: Vid risk för undernäring har adekvat behandling satts in.

Analys: Specialistkunskaper behövs i alla led gällande nutrition. Belysa helhetsperspektivet utifrån mat och måltider samt den enskildes önskan.

Åtgärd: Aktivt arbete på enhetens och nutritionsteamens och nära samverkan med matproduktion.

Fall

Mål: Minska allvarlighetsgraden samban med fallincident.

Resultat: 6 boende har fått fraktur samband med fallincident.

Analys: Bakomliggande orsak som har lett till fallincident har varit kognitiv nedsättning och att den enskilde har överskattat sin fysiska förmåga. Den enskildes rätt till självbestämmande ska beaktas relaterad till riskbedömning och planering av åtgärder.

Åtgärd: Kommunikation och teamarbete har central roll för att minska vårdskador gällande fallincidenter. Öppen dialog med anhöriga utifrån förväntningar.

Trycksår

Mål: Minska förekomsten av trycksår genom förebyggande arbete.

Resultat: Trycksår som är rapporterad i avvikelssystemet är 9 boende, grad 1–2.

Analys av resultat: Nedsatt allmäntillstånd vid multisjukdom och vård vid livet slutskede utökar uppkomst av trycksår.

Viss underrapportering kan förekomma för att det kan finnas kunskapsbrist gällande rapporteringssystem. Alla boende har basmadrass som är förebyggande upp till trycksårkategori 2. Beställning av behandlande madrass görs av ansvarig sjuksköterska för de boende som har utökat för trycksår enligt bedömningsinstrument Norton. Flera boende haft behandlande madrass på enheten. Tidpunkten för händelsen är kopplad till natten och utebliven lägesändring.

Åtgärd: Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete samt identifiera tidiga tecken på risker. Daglig observation på huden av omsorgspersonalen.

Information till omsorgspersonal att trycksår rapporteras i avvikelserapporteringssystemet. Under hösten 2023 har all personal fått information om detta på enhetsmöten och via veckobrev. Systematiskt arbete kommer att påbörjas gällande egen kontroll av trycksår samt observation den enskildes hudkostym.

Vårdhygien

Mål: Följsamhet för basala hygienrutiner och klädregler ska vara 100% inom verksamheten.

Resultat: Total följsamhet i alla 8 stegen gällande basala hygienrutiner och klädregler är god inom verksamheten.

Analys av resultat: Följsamhet har blivit något sämre efter pandemin.

Årets resultat ej pålitlig för hela året för att PPM mätning skedde under våren 2023. Verksamhetens egen kontroll r/t händelser där medarbetare ej följt basala hygienrutiner och klädregler ger bättre bild av helheten än mätningsperioden PPM. Verksamheten identifierar brister och följer upp följsamhet i individnivå i det dagliga arbetet.

Åtgärd: Enhetschefen tillsammans med biträdande enhetschefer tar regelbundet upp hygienrutiner med personalen. Medarbetaransvar dokument där det framkommer tydligt vilka förväntningar finns för medarbetare utifrån följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar att handleda personal och informera om lokala rutiner för medarbetare. Använda enkäten självskattning till basala hygienrutiner och klädregler för att identifiera kunskapsnivån hos medarbetare. Från 2024 upphör de nationella mätningarna vilket innebär att enheten kommer att fortsätta mätningarna enligt tidigare modell.

Årlig hygienrond tillsammans med regionens hygiensjuksköterska för att följa upp enhetens förbättringsarbete.

Läkemedelsbehandling

Mål: Alla boende ska erbjudas årlig läkemedelsgenomgång.

Resultat: Alla har fått läkemedelsgenomgång.

Analys av resultat: God samverkan med läkarorganisation.

Åtgärd: Fortsatt nära samarbete med läkarorganisation. Avstämning årligen med läkarorganisationen enligt samverkans överenskommelse.

Läkemedelshantering

Mål: God läkemedelshantering

Resultat: Det finns förbättringsområden utifrån läkemedelshantering. Källsortering gällande riskavfall behövs förbättras i läkemedelsrummet. Följsamhet för egen kontroll behövs ses över t ex temperaturmätning av kylskåp.

Analys av resultat: Struktur utifrån arbetsuppgifterna behövs skapas i samråd med legitimerad personal.

Åtgärd: Årlig apoteksgranskning, årlig revidering av läkemedelsrutin. Arbeta systematisk utifrån granskningsprotokoll.

Signering av läkemedel

Mål: Samtliga boende får läkemedel vid rätt tidpunkt.

Resultat: Totalt antal insatser i det digitala signeringssystemet är 175 190. Innanför tidsramen 135 745 insatser (77,5%). 37 093 (21,2%) av insatserna sker senare än given tid. Ej hanterade insatser 2352 (1,3%).

Analys av resultat: Läkemedelsinsatser dokumenteras oftast enligt ordination. Den enskildes självbestämmande påverkar delvis för att läkemedel inte ges i tid. Det finns även en viss fördröjning maa driftstörningar. Ej hanterade insatser som syns i den digitala statistiken har blivit hanterade utanför det

digitala systemet. Även felaktigt arbetssätt påverkar resultatet, delegerad personal signerar läkemedel i senare skede trots boende fått läkemedel i tid.

Åtgärd: Uppföljning av delegeringsbeslut samband med förnyelse av delegering.

ADL bedömningar

Mål: Alla Boende får årlig ADL bedömning

Resultat: Samtliga boende på Söderströmgården har fått ADL bedömning under året

Analys: Strukturerad arbetssätt har möjliggjort genomförande av alla ADL

Åtgärd: Fortsätta arbetssättet för kommande år

Förflyttningskunskap

Mål: All anställd omsorgspersonal ska ha genomgått förflyttningsutbildning.

Resultat: Till stor del har personalen genomgått förflyttningsutbildning.

Analys: Andelen personal som utbildats i personförflyttning har ökat från förra året. Vi behöver olika typer av utbildningar.

Åtgärd: Förflyttningsutbildningarna pågår nu som vanligt efter pandemin och kommer förhoppningsvis kunna ge plats för samtlig omsorgspersonal de närmaste åren. Vi behöver förbättra logistiken för att alla får utbildning vid anslutningen tillträde till arbetet.

Uppföljning av hjälpmedel

Mål: Samtliga hjälpmedel ska följas upp årligen. Hjälpmedel registreras och märkning ska finnas för spårbarhet samt för ordning och reda.

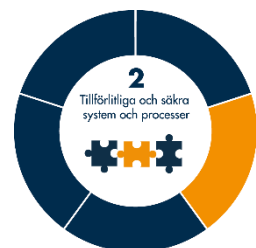
Resultat: Samtliga hjälpmedel har hjälpmedel följts upp.

Analys av resultat: Uppföljning av hjälpmedel i denna omfattning, har släpat efter under pandemin. Det har också varit byte av rehab personal, vilket fördröjt uppföljningen.

Åtgärd: Rehabenheten fortsätter att lägga lite extra tid för uppföljning av samtliga förskrivningar för att få den större genomgången gjord. Uppföljningen finns i verksamhetssystemet Stratsys.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Under året har vi haft fokus för att få befintliga hälso- och sjukvårdsarbetsprocesser inom mat och måltider, vårdhygien, inkontinens, trycksår, munhälsa, fallförebyggande arbete, avliden patient, delegering, vård vid livet slut, skydds- och begränsningsåtgärder, stick och sårskada, förskrivning av hjälpmedel och läkemedelshantering in i verksamhetssystemet Stratsys.



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Palliativ vård	Alla ska ha vårdplan	År 2023 resultat 19 av 20 (95%) haft vårdplan. Året innan resultat 64,7%.	Förbättring jämförelse föregående året. Målet är inte uppfyllt då det är 100%.	Egenkontroll sker samband med avdelningsmöten, vilket har gett resultat.	Fortsatt uppföljning samband med registrering.	Registrering utfört samband på avdelningsmöten och journalgranskning utförd i teamet.	Palliativa kvalitetsregistret
Palliativ vård	Den enskild och/eller närstående ska vara delaktiga i läkarsamtalen	År 2023 hade 19 av 20 (95%) erhållit brytpunktsamtal som var dokumenterat i omvårdnadsjournalen. Föregående år 2022, resultat 82,4% hade erhållit brytpunktsamtal.	Förbättring jämförelse föregående år. Målet ej uppfyllt då det är 98% Det är dock oklart om dokumentation skett på likande sätt och om samma begrepp använts vid dokumentation.	Genomgång av kvalitetsindikatorer och resultat föregående år och löpande uppföljning under året. Teamarbete. Använda samma begreppsterm vid dokumentation.	Dialog har genomförts med läkarorganisationen HSL-personal och enhetens Palliativa team och avdelningsmöten.	Registrering utfört samband på avdelningsmöten.	Palliativa kvalitetsregistret
Palliativ vård	Smärtskattning sista levnadsveckan, minskad smärta vid livets slutskede. Ordnation av läkemedel vid smärtgenombrott	År 2023 hade 17 av 20 (85%) smärtskattas under sista levnadsveckan År 2023 hade 19 av 20 boende (95%) av palliativa patienter ordination av smärtbehandling. Året innan resultat (94,1%)	Något bättre resultat, föregående år 82,4% Smärtskattning sker även utan validerad metod. Fortsatt arbete med involvering av personal och den enskilde i bedömning. Förbättra dokumentationen och använda samma verktyg vid bedömning.	Genomgång av kvalitetsindikatorer och resultat föregående år och löpande uppföljning under året. Genomgång av Abbey Pain Scale	Dialoger har genomförts med läkarorganisationen och HSL personal Utbildning till omsorgspersonalen för användande av Abbey Pain Scale Uppföljning läkarorganisation utifrån resultat.	Smärtbedömning utförd för boende vid livets slut. Ordnation av läkemedel.	Palliativa kvalitetsregistret
Palliativ vård	Lindra ångest	År 2023 hade 19 av 20 boende (95%) av palliativa patienter ordination av ångestdämpande behandling År 2022 resultat 100%.	Där behov funnits har man symtomlindrat oro och ångest.	Handlingsplan för att säkerställa systematiskt arbete, bedöma ångest, uppmärksamma att ordination finns.	Fortsatt diskussion om läkemedelsordinationer i vård i livets slutskede med läkarorganisation utifrån resultat.	Bedömning gällande ångest genomförd under vård vid livets slut	Palliativa kvalitetsregistret
Palliativ vård	God munvård	År 2023 har 14 av 20 (70%) haft en dokumenterad munhälso-bedömning under sista levnadsveckan. År 2022 resultat 58,8%.	Förbättring jämförelse föregående år. Behöver förbättra dokumentation en kring behov av munvård.	Säkerställa adekvat munvård genomförs vid livets slutskede.Handledning av personal.	Uppföljning har genomförts med HSL personal gällande utförande av munhälso-bedömning.	Bedömning/Insatser utförda under vård vid livets slut	Palliativa kvalitetsregistret
Palliativ vård	Förebygga trycksår	År 2023 hade 15 av 20 (75%) av palliativa patienter ej	Sämre resultat.	Egenkontroll på individnivå utifrån	Dialoger har genomförts med HSL personal och	Bedömningar utförda under vård vid livets slut	Palliativa kvalitetsregistret

		dokumenterat trycksår i sista levnadsveckan. Året innan resultat 94,1%		riskbedömning. Förbättra kontroll och förebyggande åtgärder utifrån kategori 1 rodnad.	omsorgs-personal gällande förebyggande arbete Utbildningsområde, öka kunskap hos alla		
Palliativ vård	Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	År 2023 hade 15 av 20 (75 %) mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Året innan resultat 88,2%.	Sämre resultat. Behovet av mänsklig närvaro diskuteras löpande för att kunna tillgodose den enskilde.	Nära samverkan med teamet för att uppmärksamma behovet av resurser	Kontinuerlig uppföljning individnivå	Registrering utförd för vård i livets slut	Palliativa kvalitetsregistret
Vaccination	Minskad risk för smitta Säker hantering av vaccin	Samtliga boende har erbjudits vaccination. Erbjuder påfyllnadsdos samt årlig influensavaccinering löpande.	Målet uppfyllt	Erbjuda och administrera vaccination. Säkerställa kompetens och kunskap. Noggrann fortsatt planering	Kontinuerlig uppdatering av kunskap, kompetens och patientdata	Registrering utförd i samband med vaccination. Pågående arbete under året för att säkerställa att alla boende fått vaccin enligt ordination	Vaccinera Journal
Vårdhygien	Säker hygienisk standard i vården	Spridning virus sjukdomar har inte skett mellan enheter. Enstaka på samma enhet	God följsamhet till basala hygienrutiner samt användning av skyddsutrustning	Verksamhetsnära arbete med pågående dialog	Kontinuerlig uppföljning. Samverkan Checklista för ökad patientsäkerhet under pågående luftvägssymtom (covid 19, influensa), samt smittsam magsjuka	Daglig avstämning Alla nyanställda gör E-utbildning och får handledning på plats	Egenkontroll BHK
Rutiner och Riktlinjer	Aktuella rutiner och riktlinjer	Lokala rutiner och riktlinjer	Pågående arbete Med uppdatering	Aktualisera rutiner och riktlinjer	Årsplanering	Årligen och vid behov	Teams
Dokumentation	Säker journalföring Säker arkivering	Granskning av dokumentation är utförd Alla HSL journaler levereras till centrala arkivet enligt rutin.	Det finns förbättringsområde gällande användandet av ICF/KVÅ ett pågående arbete	Utbildning Resurser tillsatta och rutiner uppdaterade för arkivering	Kontinuerlig utbildning och uppföljning Arkiveringsarbetet följs upp kontinuerligt	2 gånger/år, 2 journaler per legitimerad medarbetare Vid avslut	Egenkontroll
Läkemedels-hantering	Säker läkemedels-hantering	Lokala rutiner och processer implementerade	Kontinuerlig uppföljning av följsamheten behövs	Handlings och åtgärdsplan finns	Hälso- och sjukvårds möte	Extern kvalitetsgranskning årligen	Rapport egenkontroll Avvikelsehanteringssystem DF
Vård-prevention	Förebygga skador och främja hälsa	Rutiner finns för förebyggande arbete. Hälsoärende finns upprättade utifrån riskbedömning men registrering i Senior Alert ej helt fullständig	Nya medarbetare behöver handledning för att använda registret systematiskt	Utbildning, uppföljning och stöd av samordningsansvarig sjuksköterska sker	Hälso- och sjukvårds möte Tvärprofessionellt möte i teamet för bättre följsamhet av åtgärder	Var 3:e månad Kontinuerligt	Senior Alert Egen kontroll Journalgranskning Avvikelsehanteringssystem DF
Demensvård	Kvalitetssäkrad demensvård	Förbättra kompetens och kunskap inom demensvård och bemötande vid oro	Grundutbildning i demensvård för alla medarbetare för	Reflektionsledare har utbildats, Projekt pågått på 2 enheter,	Vårdplanering i Team Uppföljning och Utvärdering av	2 gånger per år samt vid behov Under projekt-tiden	Utvärdering och resultat av projektet Uppföljning Silviacertifiering

			Silvicerteringen har skett under hösten 2022 och 2023	användning av BPSD som metod för att nå framgång i behandling och omvårdnad	projekt i grupperna Uppföljning, av nya arbetsmetoder efter Silvia-certifiering		BPSD
--	--	--	---	---	---	--	------

Säker vård här och nu

Riskhantering

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



En viktig del i vårt arbete har varit fortlöpande observationer och dialoger om eventuella risker som skulle kunna medföra skada.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker. Åtgärder planeras och följs upp i det boendenära arbetet.

Vid varje vårdövergång görs riskanalys utifrån vårdbehovet relaterad till behovet av medicinsk kompetens.

Det finns fortfarande en risk för underrapportering i avvikelssystemet till exempel vid osignerade läkemedel och ej hanterade signeringar.

Journalssystemet Pulsen Combine har en komplexitet som kräver mycket kompetens, utbildningar och stöd för säker journalföring. Enhetlig dokumentation kräver att alla förstår programmets uppbyggnad för att kunna dokumentera bedömningar, planeringar och åtgärderna med efterföljande uppföljningar. För att säkerställa patientsäkerhet behövs en parallell planering vilket medför risk för utebliven dokumentation.

Under år 2022 implementerades Social dokumentation via Pulsen Combine. Omsorgspersonalen dokumenterar digitalt via applikation eller dator, vilket stödjer samlad dokumentation runt patienten. Omsorgspersonalen har behörighet att läsa HSL journal.

Återkommande driftstörningar och uppdateringar av programvara gällande journalssystemet Pulsen Combine och digital läkemedelssigneringssystemet Alfa e Care påverkar det dagliga arbetet. Att inte kunna logga in eller arbeta i systemet är risk för utebliven journalföring samt att planerade insatser kan missas. Enheten har rutiner för dessa händelser men dessa händelser medför risk för patientsäkerheten.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning Åtgärd	Omfattning	Källa
Vårdprevention	Främja individuell Nutritions behandling	Boende med risk för undernäring identifierade Behov att säkerställa energi- och näringsintag	Specialist kunskaper behövs i alla led gällande nutrition	Aktivt arbete i nutritionsfrågor på ledning, grupp och individnivå. Samverkan med matproduktion	Årshjul och mötessstruktur. Teamarbete med dietist.	Kontinuerligt	Senior Alert Egenkontroll Observationer Nattfastemätning
Vårdprevention	Säkerställa Inkontinensvård	Enhetlig dokumentation och planering av Katetervård saknas. Blåsdysfunktions bedömning ej Registrerade.	Förbättrings område, teamarbete och planering i enhetens årshjul gällande blåsdysfunktion	Prioritera planering och aktualisering av kontinensombudsrollen. Läckagemätning	Team möten Dokumentationsgranskning	Årligen enligt plan	Senior Alert Egenkontroll
Resurser	Adekvat kunskap och kompetens	Verksamheten har identifierad behov av sammanhållande roll inom	Säkerställa följsamhet och patientsäkerheten	Ny rekrytering inom HSL (Samordningsansvarig	Kompetensutveckling Individuella och flexibla schemalösning	Kontinuerligt	Egenkontroll

	Patient-säker bemanning	sjuksköterska professionen utifrån verksamhetens mål.	utifrån Hälso- och sjukvårdproccesser.	sjuksköterska) utfördes.	ngar utifrån patientsäkerheten.		
Delegerad läkemedelsadministration	Kvalitetssäkra läkemedels hantering och förbättra patientsäkerheten	Det finns utrymme för förbättring gällande systematiskt användande av kunskapstest för kontroll, öka kunskap kring ansvar vid delegering samt vid mottagande av delegering.	Kompetens är avgörande i patientsäkerheten – inte antalet delegerad personal. Betona ansvarstagandet i samband med delegering och följsamhet för rutiner och riktlinjer – minimera genvägar som ej är korrekta.	Planera och utföra delegeringsutbildning och använda test för individuell bedömning av kunskaperna inför delegering samt fortlöpande uppföljning och utbildning samband med förnyelse av delegering.	Team möten Dagligt arbete Uppföljning av läkemedels avvikelser	Fortlöpande/kontinuerlig förnyelse av delegering sker årligen	Egenkontroll Avvikelsehanteringssystem DF Alfa eCare sign It
Vårdprevention	Kvalitetssäkra palliativ vård	Förbättra resultat utifrån kvalitetsindikatorer som är framtagna av Socialstyrelsen. Målet är att öka livskvalitet hos den enskilde.	Förbättringsområde	Utbilda palliativa ombud via PKC (Palliativt kunskapscentrum). Säkerställa likartad dokumentation i journalen utifrån gemensamma begrepp	Stärka ombudsrollen i verksamheten. Målet är att all personal får samma kunskapsgrund.	Fortlöpande Kontinuerligt	Egenkontroll Palliativa registret Observationer

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Vid en avvikelse eller vid risk för en avvikelse ska detta omedelbart rapporteras till tjänstgörande legitimerad personal för bedömning av åtgärder. Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Medarbetaren som har uppmärksammat avvikelsen registrerar avvikelsen.

Som verktyg för avvikelsehanteringen används det digitala systemet. Anmälan görs digitalt i DF respons där utredningen dokumenteras. Vid rapportering av avvikelse skickar systemet automatisk till enhetschef som utser utredarna som arbetar med händelseanalys och dokumenterar åtgärderna. Legitimerad personal utreder händelserna. Uppföljning av avvikelser och vidta åtgärder har skett på avdelningsmöten och hälso- och sjukvårdsmöten.

Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras om händelsen och om vidtagna åtgärder.



Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar
Fall	231	Systematiskt teamarbete, fokus på förebyggande arbete. Ökad medvetenhet gällande risk för fall, handledning av paramedicinare. Användandet av DF respons synliggör arbetet.
Läkemedel	235	Utförda delegeringsutbildningar och kunskapstest har ökat medvetenhet för korrekt läkemedelshandling. Digital signeringslista används på varje avdelning.
Trycksår	9	Säkerställa kompetens gällande produktvalet vid förskrivning av hjälpmedel. Förbättra kompetensen gällande dokumentation, uppföljning och förebyggande åtgärder.
Medicintekniska produkter	36	Ökad medvetenhet gällande ansvar i hantering av hjälpmedel och följsamhet för instruktioner. Inventering av medicintekniska produkter.

Analys av avvikelser:

Det finns stort engagemang bland omsorgspersonal att använda det digitala avvikelse-systemet. Vi har uppmärksammat ett ökat antal skrivna avvikelser vilket vi är positiva till då detta förbättrar patientsäkerheten genom att fler händelser synliggörs och att förbättringsarbete utvecklas.

Antalet fallavvikelser har ökat från föregående år. Analys visar att fallen är begränsade till ett mindre antal boende och framför allt sker i samband med att boende förflyttar sig själv. Den enskilde överskattar sin fysiska förmåga vilket kan leda till fall. De fallpreventiva åtgärderna baseras på den individuella riskanalysen, till exempel genom kartläggning av när fallen sker över dygn, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång och utprovning/förskrivning av hjälpmedel insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen för enskilda.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från föregående år. Majoriteten av läkemedelsavvikelserna gäller utebliven dos, dubbel dos ofta på grund av att man ej följt gällande rutin vilket har även varit brist i delegeringsförande. Enheten har sett trend att omsorgspersonalen har överlämnat läkemedel utan att ha säkerställt korrekt administrering vilket har lett till att omsorgspersonalen har skrivit avvikelser gällande hittat läkemedel i allmänna utrymmen.

Avvikelser som handlar om legitimerad personal har handlat om fel delad dosett, läkemedelsbehandling som inte avslutades enligt läkarordination.

Åtgärder som enheten arbetar med är att tydliggöra ansvaret vid mottagen delegering och säkerställa att alla har deltagit i utbildning och utfört digital delegeringstest.

Antalet trycksår har minskat enligt föregående året. Det finns risk för viss underrapportering inom området. Ordinationer av behandlande madrasser har ökat och riskbedömningar är genomförda i journalen men riskbedömningarna är inte aktuella i Senior Alert i årets slut.

En boende har haft trycksår vid inflyttning.

Enheten behöver fortsätta arbeta med att utbilda omsorgspersonal för att säkerställa att kompetensen att tidigt upptäcka risk för trycksår genom att dagligt inspektera boendes hudkostym.

Antalet avvikelser inom medicintekniska produkter har ökat från föregående år. Det beror på att flera avvikelser skrivs. Detta ses positivt då kunskapsbrist inom området behövs beläggas. Bristande följsamhet för användning av hjälpmedel, ordination och instruktioner har varit återkommande.

Lärdomen är att i alla led är kompetens och följsamheten för rutiner är avgörande för patientsäkerhet. Säkerhetskulturen utvecklas i samspel med alla professionerna där rollerna och ansvar är tydliga och att medarbetarna har ett forum med nära ledning.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Nationella register	Förbättra vården Individnivå, stödja vårdprevention, Öka kunskapen hos vårdpersonal	Viss förbättring i resultat	Ger fokusområden, Krävs kompetenshöjning hos baspersonal	Utbildning och repetition i grupp, kontinuerligt arbete i de olika registren	Kommande År 2024	Fortlöpan	Senior Alert Palliativ Registret BPSD
Läkemedel	Stärka säkerhets kulturen inom läkemedels behandling	Tydliggörande process runt läkemedels hantering	Kompetens utveckling har central roll	Revidering lokala rutiner Digital signeringslista	Kvalitets granskning Utvärdera implementering av digital signeringslista	Ärligen Återkommande Fortlöpan	Läkemedelsgenomgång Extern kvalitets granskning av läkemedelshantering Egenkontroll Avvikelse-systemet DF
Delegering	Säkerställa delegerings processen	Arbetsättet för utbildning används	Lärande organisation, HSL personalens delaktighet tydliggörs.	Delegerings utbildning	Utvärdera och utveckla arbetsättet vidare	Fortlöpan	Webbaserad delegeringstest Avvikelse-systemet DF Alfa Care SignIt
Journal granskning	Korrekt journalföring	Verksamhetssystemet stödjer inte arbetsättet	Svårigheter att få överblick aktuell status/behandling/uppföljningar i verksamhets System. Förbättra dokumentationen, text genom att använda samma begrepp och termer vid dokumentationen.	Utbildning Handledning Manualer	Pågående process r/t IVO granskning	Fortlöpan	Journalssystemet Pulsen combine

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på digitala anslagstavla i entré, i centrala informationstavlan och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål diarieförs och enhetschef och biträdande enhetschefer utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas och kan sammanställas i avvikelshanteringssystemet DF. Synpunkter och klagomål kan även lämnas digitalt på kommunens hemsida. Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling digitalt.

Flertal klagomål och synpunkter har inkommit gällande hälso- och sjukvården. Ärenden har i huvudsak hanterats av enheten själva där förbättringsförslag tas fram i samverkan med anhöriga, ledningen, omsorgspersonal och legitimerad personal. Klagomålsärenden har innefattat bland annat oro och otrygghet kring bemötande, administrering av läkemedel, utebliven läkemedelsbehandling, insättning av läkemedel vilket grundar sig otillräcklig kommunikation mellan anhöriga och personal.

Övriga synpunkter och klagomål har berört; slutet vård har inte skickat med läkemedel enligt överenskommelse vid utskrivning. Detta har lett till att boende ej fått läkemedel enligt ordination.

Flera anhöriga har varit nöjda för vård vid livets slutskede.

Lärdomen är att alla roller har eget och gemensamt ansvar att involvera anhöriga i tidig fas och vid hälsoförändringar. Viktigt att ha kunskaperna om den enskildes vård för att kunna ge rätt stöd för anhöriga. Korrekt journalföring ger stöd i hantering av akuta situationer.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Pandemin belyste att vård och omsorg hade inte tillräckligt med beredskap under oväntade förhållanden. Pandemin ställde stora krav på kompetens, flexibilitet och inlärningsförmåga utifrån förändrade förhållanden. Inom kommunen finns beredskap och samverkan om liknande händelser skulle inträffa.

Det finns riskmedvetenhet och beredskap på enheten gällande virussjukdomar för att hindra smittspridning och förebygga samt hantera värmebölja.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Implementering av insatskalendern, som är en del i journalsystemet för patientens planerade åtgärder, vilket kommer att stödja patientsäkerhetsarbetet framåt.

Kompetensförhöjning utifrån palliativt förhållningsätt, som kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Därmed implementering av smärtskattningsskala Abbey Pain Scale till omsorgspersonalen.

Öka kunskap i hur vårdprevention bör användas på enheten för att utnyttja kvalitetsregister Senior Alert på bästa sätt.

Förbättra delegeringsprocessen inom verksamheten.

Fortsatt arbete i verksamhetssystemet Stratsys.

Fortsatt diskussion gällande digitalt verktyg, rondstöd som är en gemensam kommunikationsplattform.

Övriga utmaningar inför kommande år är kompetensförsörjning både att kunna rekrytera och behålla personal som har tillräcklig kompetens samt ha en fungerande, effektiv och patientsäker inskrivningsprocess vid vårdövergången från slutenvård.