



# Patientsäkerhetsberättelse

Pilträdet's servicehus

År 2020

2021-02-16

Linda Malmgren enhetschef

Susanna Ericson biträdande enhetschef

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
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
<b>Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	11
Resultatredovisning.....	12
Avvikelser .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Händelser och vårdskador .....	13
Riskanalys .....	14
Mål och strategier för 2020 .....	14

---

## Sammanfattning

Den årliga kvalitetsuppföljningen för hälso- och sjukvården på Pilträdet Servicehus, visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Pilträdet resultat vid kvalitetsuppföljningen 2020 visar 96 % (2019 = 94 %, 2018 = 95 %)

Utifrån rådande pandemi av Covid-19 har fokus, varit inriktad på att minska på risken för smittspridning enligt gällande riktlinjer och rekommendationer. Kontinuerliga utbildningar och egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner har utförts under hela året. För att skydda våra äldre skapades en beredskap av ett kohortteam för att snabbt omhänderta patienter med konstaterad eller misstänkt Covid-19 .

Resultatet av egenkontroller gällande basala hygienrutiner visar på god följsamhet, och under hösten infördes samtidig användning av munskydd och visir i alla situationer och i alla lokaler på enheten.

Enhetens mål för riskbedömningar har uppnåtts under året gällande Norton risk för trycksår, Downton fallriskindex, ROAG munhälsobedömning och MNA risk för malnutrition. Avseende det systematiska arbetet med delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter har en förbättring skett med ett mer systematiskt flöde på kontroll av delegeringar och uppföljningar

I arbetet med avvikelshantering ses en minskning av inkomna avvikelser, troligtvis relaterat till pandemin då fokus legat på att minska risk för smittspridning. Kontinuerliga kvalitetsforum har genomförts under året och arbetet med kvalitetsförbättrande åtgärder är pågående.

Utvecklingsbehov kring delar av Hälso- och sjukvårdsdokumentationen finns, framförallt att tydliggöra patientens och närståendes delaktighet i vården och tydliggöra processen kring inkontinens.

Munhälsobedömningar har inte kunnat genomföras i samma utsträckning av Oral Care på grund av besöksförbudet. Akuta besök har genomförts.

Digital signering av läkemedel kommer att genomföras i början på 2021 och fortsatt fokus på nutrition och måltidsituationer med stöd av stadens dietist. Planen för utbildning inom nutrition avbokades på grund av pandemin och planeras att fullföljas 2021.

---

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Målen 2020 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 2020

- 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 och att patientens behov av trygghet och behandling 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 Catio 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 samtyckt tidigare till detta.

För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar enheten i team och 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 skador 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. Avvikelser sammanställs och hanteras på husmöten, kvalitetsforum och ar-

---

betsplatsträffar.

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:

- riktlinjerna 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 en 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 en 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, själv- skattningar



---

Loggkontroller Vodok	1 gång per månad.	Enligt framtagen mall
Delegeringar	En gång var tredje månad	Digital mall och pärm.
MTP	1 gång per år	Enligt MTP -lista
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Protokoll

## 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 dokumentationshandledare.

### 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/ hygienrond

Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner sker var tredje månad på enheten. Hygienrond 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 avvikelsemodule. 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.

#### Interna och externa möten

Teammöten sker två gånger per vecka. Kvalitetsforum en gång per månad.

Läkarrond en gång per vecka. HSL 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 sjuksköterskejour två gånger per år och vid behov.

#### Delegeringar

Egenkontroll sker var tredje månad, enligt checklista.

#### Riskbedömningar

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

### **Risakanalys**

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

Under det gångna året har risakanalys tagits fram gällande årets semesterplaneringar för sommar och för jul-nyår. Riskanalyser har tagits fram kring Covid - 19, och utvecklat rutiner och uppföljningar kring att minska på risk för smittspridning och hur arbetet sker vid konstaterad smitta, med utgångspunkt efter gällande riktlinjer.

### **Utredning av händelser – vårdskador**

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

En vårdskada har rapporterats in till IVO

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller av biträdande enhetschef i journalsystemet Vodok. Eventuella 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 resultatet på 96 %, 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 dokumentationshändelare

### Loggkontroller

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

### Delegering

Bättre kontroll och uppföljning av delegeringar ses och en bättre fördelning av antal delegeringar per sjuksköterska. Över lag en bättre struktur kring delegeringar. Arbete med att utföra delegeringarna i det nya digitala signeringssystemet APPVA har påbörjats under hösten.

### Läkemedelshantering

Egenkontroller visar att enheten behöver förbättra området utebliven dos och/eller missade signeringar, dock ses en förbättring. Går ej att utvärdera större variationer mellan morgon och kvällssigneringar och/eller utebliven dos då det ligger snarlikt i antal. Orsaker är brist i uppmärksamhet, brist i rutin samt brist i följsamhet. Minskning av missade signeringar har setts under året

### Basala hygienrutiner

All personal genomgår webbutbildning i hygien årligen. Tillägg för 2020 är att all personal ska ha genomgått webbutbildning; Covid -19, och sett film i hantering av skyddsutrustning vid av och påtagning samt ökad kunskap om smittvägar, via stadens hemsida. Utbildning internt och externt samt observationer har utförts. En specifik pärm gällande Covid-19 och rutiner skapades tidigt under pandemin.

God följsamhet gällande basala hygienrutiner vid egenkontroller, enheten har arbetat mycket kring utbildning och utfört tätare kontroller gällande följsamhet av basala hygienrutiner.

---

#### Vård i livets slut

Det fortsatta fördjupningsarbetet med palliativa ombud har ej kunnat genomföras i samma utsträckning på grund av pandemin då mötes – forum har minskats relaterat till restriktioner gällande fysiska utbildningar och möten. Externa utbildningar har ställts in.

#### 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 ej utförts under året, vilket enheten behöver arbeta på.

#### Genomförda riskbedömningar:

ROAG; munhälsobedömning: 90 % en minskning från föregående år (96 %)

NORTON; risk för trycksår: 96 % minskning från föregående år (97 %)

MNA; risk för undernäring: 96 % ökning från föregående år (95 %)

Downton; risk för fall: 92 % minskning från föregående år (98 %)

Nicola:

#### 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 ligger på 93 % vilket är en minskning från föregående år (100 %)

#### PPM avseende blåsfunktion

Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat punktprevalensmätning avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 90 % av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att 66 % har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.

#### PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 11 % av brukarna på Pilträdet har beslut om skyddsåtgärd. Av dem har 33 % upprättad hälsoplan. 100 % av dessa har dokumenterade samtycken. Utifrån inlämnade uppgifter kan resultatet vara missvisande då det kan vid sammanställningen ha misstolkats hur statistiken skulle genomföras.

#### Infektionsregistrering

Enhetsen har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika-behandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virus-infektioner) som sammanställts av MAS och anmälts in till Vårdhygien.

---

#### Indikation för antibiotikabehandling

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

2020 = 41

2019 = 75

2018 = 58

#### 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 insjuknade i Covid-19 under året. Alla vårdades i kohortteamet tills läkare bedömt som smittfria. Smittspårning utfördes i samband med konstaterad smitta.

#### Avlidna

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Statistiken visar på att merparten av vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem. Det beror både på att vårdtagarna vill gå bort i hemmet men även att sjukvården skickar personer till servicehus med ett större behov av hälso- och sjukvård. Allt sjukare personer flyttar in på servicehusen och avlider vilket förklarar att antalet totalt avlida per år har ökat.

#### Avvikelser

Läkemedelsavvikelser:

2020 = 31 st, minskning från föregående år.

2019 = 69 st,

2018 = 54 st

Antal fall:

2020 = 213, en minskning från föregående år.

2019 = 249 st,

2018 = 228 st,

Antal fall med misstanke om skada

2020 = 21 st

2019 = 19 st,

2018 = 15 st,

Statistiken grundar sig på avvikelser registrerade i verksamhetens avvikelsemodul.

#### **Avlidna**

#### Händelser och vårdskador

Den vårdskada som inrapporterats under året har resulterat i nya rutiner och tydliggörande av ansvar.

---

## Risikanalyt

Risikanalyt har under året gjorts för bemanning under sommarperioden och vid jul och nyår. Under sommaren var antal sjuksköterskor som bemannades under semesterperioden bra. Enhetens bemanning fungerade bra under jul och nyår. Under året har fokus främst legat på Covid-19, arbetet kring pandemin, riskbedömningar, nya rutiner och uppföljningar. Implementera kohortvård för misstänkta eller konstaterade fall av Covid-19

Flertalet riskbedömningar utfördes och följdes upp under året.

## Mål och strategier för 2021

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 arbete kring elektronisk signering av läkemedel.
- Fortsatt aktivt arbeta att minska på framförallt fall och läkemedelsavvikelser
- Säkerställa att alla patienter har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Synliggöra patientens och närståendes delaktighet i dokumentationen/vården

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvård enligt års mall för egenkontroll
- Införa en ny egenkontroll gällande följsamhet/kunskap gällande hjälpmedel
- Registrering i kvalitetsregistren

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, arbeta säkert med läkemedel, palliativ smärta.
- Fortsatt implementering av NVP i verksamheten
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.

