

Patientsäkerhetsberättelse

Alströmerhemmet vård- och
omsorgsboende

År 2021

2022-02-16

Mojgan Ommati
Charlotta Wallström

Innehåll

Sammanfattning	3
<i>STRUKTUR</i>	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Risikanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll	11
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter	12
Händelser och vårdskador	13
Risikanalys	13
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

Under 2021 har verksamheten succesivt återtagit det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Inledningsvis var det fokus på att koordinera vaccinationerna mot Covid-19. Vaccinationstäckningen är hög inom enheten. Fortsatt kontinuerligt och systematiskt arbete med att säkerställa och följa upp att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler och använder skyddsutrustning på korrekt sätt kvarstår.

Egenkontroller och uppgifter som inhämtats från verksamheten under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet.

Verksamheten har under året startat arbete med kompetenshöjning och kvalitetssäkring av demensomvårdnad. Som ett led har utbildning i kunskap om kognition samt utbildning av betydligt fler BPSD administratörer (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) genomförts under hösten 2021.

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, fokusområde för utveckling 2020 har varit inom området smärtskattning. Fortsatt arbete med utveckling/förbättring av detta område kommer att ske under hela 2022. Av diagrammet framgår att patienter som avled utan trycksår, varit smärt- och ångestfria samt haft mänsklig närvaro vid dödsögonblicket har ökat till 100% under 2021

Årets egenkontroller av Basala Hygienrutiner visar god följsamhet. Resultat av senaste egenkontroll avseende delegeringar visar att samtliga är aktuella.

En utmaning och ett led i verksamhetens utveckling och kvalitetsarbete är att öka kompetensen och förståelsen för vikten av avvikelseinrapportering hos all personal.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet på Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Stadens ledningssystem samt riktlinjer från Kungsholmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs tillsammans med läkarorganisationen för att säkerställa optimal och säker medicinering för patienten.

Målet för hälso- och sjukvården vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att patienten ska:

1. känna sig trygg med att hälso- och sjukvårds personal har god kompetens
2. Säkerställd trygg individuell hälso- och sjukvård.
3. Få ett gott omhändertagande vid livets slutskede.

Egenkontroller avseende Hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genomförs med hjälp av bl.a. Qusta, egenkontroller av dokumentation, läkemedelshantering, riskbedömningar, medicinsk tekniska produkter (MPT), PPM, delegeringar, begränsningsåtgärder, basala hygienrutiner, Senior alert, Palliativa registret.

Dessa kontroller ligger till grund för utveckling/förbättring av verksamheten avseende kvaliteten i hälso- och sjukvårdsarbete för att nå uppsatta mål.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §) Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Befattningsbeskrivningar tydliggör ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.

MAS/MAR har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Till verksamhetens stöd finns följande funktioner: Dietist, Vårdhygien, apotekets kvalitetsuppföljare, AKA (Adjungerad klinisk Adjunkt), Processledaren för dokumentation samt sakkunnig inom kognition.

Enhetschefen ansvarar för att patienten och deras närstående görs delaktiga i analys och i förbättring. Enhetschefen ansvarar för att de aktiviteter som berör patientsäkerhetsarbetet och som finns planerade i

verksamhetsplanen genomförs och att målen följs upp i verksamhetsrapporten. I det ingår också utveckling och följsamhet av rutiner kring avvikelshantering. Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada ansvarar enhetschefen tillsammans med Hälso- och sjukvårdsansvarig chef för att utredning sker av händelsen samt rapporteras till MAS/MAR för vidare ställningstagande.

Hälso- och sjukvårdsansvarig chef ansvarar för att delge medarbetarna händelsen och resultat av utredning, samt vid anmälan även resultat från denna. Genom en lärandeprocess i teamet kring de boende, ta fram handlingsplaner för att förebygga att händelsen sker igen. Ansvar för att ta fram handlingsplan med uppföljning och egenkontroll, utses av enhetschefen.

Enhetschef ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten. HSL-ansvarig chef arbetar tillsammans med enhetschef i ovanstående ansvarsområden. På ledningsgruppsmöten varje vecka och HSL möte en gång i månaden följer vi upp att de ansvariga personerna fullföljer sina arbetsuppgifter enligt fastställd rutin eller plan.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument och att rapportera avvikelser och följa upp dessa. Hälso- och sjukvårdsansvarig chef ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering, utbilda, informera och delegera och följa upp delegering enligt rutin.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att utifrån var och ens specifika yrkesprofession, tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner, tillgodoses för att vara ett stöd och öka dennes patientsäkerhet. I ansvaret ingår också att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument, att rapportera avvikelser och följa upp de som ingår i professionen. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende. Detta innebär att tillse att var och en får kunskap i de medicinskt tekniska hjälpmedel som används och övriga hjälpmedel. I ansvaret ingår även att följa upp att dessa används på ett patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till den individuella boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. I ansvaret ingår att följa aktiviteter och fastställda processer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård

kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt den överenskommelse som finns mellan Kungsholmen stadsdelsförvaltning och Legevisitten. Stadsdelens MAS kallar två gånger per år till samverkansmöten med läkarorganisationen.

Skriftliga rutiner finns för läkarkontakt. Läkaren befinner sig fysisk på plats två gånger i veckan för att tillgodose patientens behov av läkarinsatser. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand.

Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd medföljer en akutrappport boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter samt ansvarar för att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit. Samverkan med Flexident (upphandlad tandvård) innebär årlig munhälsobedömning samt nödvändig tandvård för patienten. Sjuksköterskan har genomfört kontinuerliga bedömningar av nödvändig tandvård under pandemin och anlitat Flexident för utförande av insatser.

Säkerställande av tillgång till nödvändig information mellan olika yrkeskategorier sker genom att legitimerad personal tar del av och själv delger information i social dokumentation.

Inom två veckor efter inflyttning ska vårdplanering hållas. Vid vårdplanering deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; om möjligt kontaktman och ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt anhörig till patienten. Rehabpersonalen träffar ~~dock~~ alltid den boende direkt i samband med inflyttning ~~samt skyndsamt~~ vid förändrat hälsotillstånd.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i månaden. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, som till exempel när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner. Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från vem som helst i teamet men det är sjuksköterskan som ansvarar för att det bokas och är den som håller i mötet.

Intern samverkan inom stadsdelen i form av ett processteam med syfte att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården på Kungsholmen startades under hösten. Målet är att verksamheter inom egen regi på Kungsholmen har en hög patientsäker vård.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott

bemötande genom säkerställande av god informationsöverföring till patient och närstående.

Vid första kontakten med patienten och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten och Legevisittens läkarinsatser. Information om klagomål och synpunktshantering finns med i materialet.

Samverkan med patienter och närstående sker i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Likaså har varje patient en utsedd kontaktman bland omvårdnadspersonalen. Det råder alltid tystnadsplikt om den patientens personliga förhållanden samt hälsotillstånd. Patienten, alternativt god man, avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Verksamhetsledningen är dagligen ute i verksamheten och finns tillgängliga för patienter och personal. Det finns även möjlighet att nå verksamhetsansvarig genom mail- eller telefonkontakt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i staden.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter i hälso- och sjukvården och för över dessa till journalen/VODOK där bedömning redovisas med vidtagna och planerade åtgärder samt rapporterar vidare till ansvarig HSL-chef.

Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada anmäler hälso- och sjukvårdsansvarig chef händelsen till stadsdelens MAS samt startar en utredning av händelsen. Stadsdelens MAS gör därefter en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt fattar beslut om huruvida en anmälan enligt Lex Maria/anmälan av vårdskada ska göras.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas i ledningsgruppen och handlingsplan upprättas om så behövs samt redovisas varje tertiäl till stadsdelen tillsammans med avvikelser inom SoL. Om synpunkten/klagomålet härrör sig i en avvikelse behandlas klagomålet enligt rutiner för avvikelshantering.

Egenkontroll

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

HSL-chef genomför egenkontroll av hälso- och sjukvård.

Vårt nuvarande arbetssätt med egenkontroller kommer att fortsätta som en del i verksamhetens egenkontroll. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer krav på kvalitet i utförandet av alla tjänster inom HSL och fokus har legat på patientsäkerhet, riskbedömning, internt kvalitetsarbete och efterlevnad av befintliga rutiner.

Metod: Granskning, uppvisande av dokument, stickprovskontroller samt beskrivningar av arbetsuppgifter utifrån dokumenterade processer och rutiner i verksamhetens lokala rutiner.

Hälso- och sjukvårdsansvarig chef gör egenkontroller utifrån verksamhetens eget årshjul för hälso- och sjukvårdsplanering.

Stadsdelens MAS/MAR gör årligen en granskning av verksamheten, QUSTA.

Qusta används som kvalitetsinstrument. Det består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform.

Genomgång av avvikelser sker i enhetens ledningsgrupp samt på enhetens kvalitetsråd där samtliga yrkeskategorier finns representerade.

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas i ledningsgruppen och handlingsplan upprättas om så behövs samt redovisas varje tertiäl till stadsdelen tillsammans med avvikelser inom SoL.

Varje år genomförs granskning från Apoteket AB och vartannat år från Vårdhygien.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år	Stickprovkontroll, 10% av totalt antal journaler.
Loggkontroll	En gång i månad	Stickprovkontroll.
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	Varje månad.	Avvikelsemetod i Vodok 2.0

Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Egenkontroll 2 gånger per år.	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Senior alert
Funktionsbedömning ADL	Egenkontroll 2 gånger per år.	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Egenkontroll av narkotika	1 gång per månad	Analys av narkotikajournal samt fysisk kontroll av läkemedel.
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Basala hygienrutiner	2 gånger per år. 2021: månadsvis	Observation enligt protokoll.
Vård i livets slutskede	Två gånger per år.	Svenska palliativregistret

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. Avvikelser som gäller hälso- och sjukvården överförs till legitimerad personalens dokumentationssystem, Vodok, av mottagande sjuksköterska samt rapporteras till HSL-chef. Avvikelseerna följs upp vid månatliga planmöten, HSL-möten samt enhetens kvalitetsråd där samtliga yrkeskategorier är representerade.

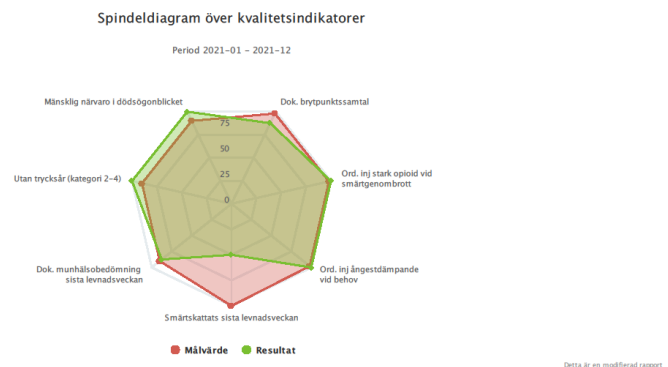
Teamforum: För att säkerställa att den medicinska informationsöverföringen är tillgänglig för omvårdnadspersonalen i sitt dagliga arbete så arbetar vi med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningsätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamma kring den boende kan initiera till teamforum vid behov. Teamforum sker 1 gång per månad för samtliga enheter.

Tillgänglighet för riktlinjer: Samtlig Legitimerad personal har åtkomst till riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. Lokal rutinärm

i digitalform, med aktuella rutiner för diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig även för tillfälligt anställd legitimerad personal.

Palliativa registret

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, fokusområde för utveckling 2021 har varit inom området smärtskattning. Fortsatt arbete med utveckling/förbättring av detta område kommer att ske under hela 2022. Av diagrammet framgår att verksamheten nått 100% resultat avseende smärtlindring, ångestdämpande insatser och mänsklig närvaro vid dödsögonblick samt frånvaro av trycksår vilket är ett mycket bra resultat.



Risicanalys

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

Risicanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. De genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omsorg, organisation, arbetsmiljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med MTP där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Avvikande händelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas av tjänstgörande sjuksköterska i samverkan med omvårdnadsansvarig. Enhetschef. tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska, rehab och HSL-chef.

Risicanalys av patientsäkerhet görs inför längre ledighetsperioder under året exempelvis sommarsemestrar och juledigheter. Områden som tas upp i risicanalys är bl.a. organisation/bemanning, hälso- och sjukvård inklusive rehabiliteringsinsatser, läkemedelshantering beredskap för Covid-19, behörigheter, läkarinsatser, dokumentation, informationsöverföring och teamsamverkan.

Utredning av händelser - vårdskador

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

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering som ligger till grund för eventuella utredningar. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs till HSL-personalens dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska samt rapporteras till HSL-chef.

202 avvikelser har rapporterats in under 2022. Av dessa är majoriteten fall och läkemedel. Inrapportering har ökat jämfört med föregående år men kvarstår som utvecklingsområde.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Månadsvis genomförs en kontroll av hälso- och sjukvårdansvarig chef gällande inloggningar i Vodok av legitimerad personal. Denna kontroll syftar till att säkerställa att endast behörig personal har tillgång till patientjournaler.

Sammanställning över månadsvisa loggkontroller skickas till stadsdelens MAS i slutet av innevarande år.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation genomförs två gånger per år enligt verksamhetens lokala årshjul för HSL-planering.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Under året har verksamheten genomfört och redovisat punktprevalensmätning avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 83 % av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att 96% har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel. Inhämtad statistik visar att 28 % av brukarna på Alströmerhemmet har beslut om skyddsåtgärd. Av dem har 100 % upprättad hälsoplan och 100% har ett dokumenterat samtycke vilket visar på en hög följsamhet till verksamhetens rutiner.

Antal individer som har förhöjd risk för fall, undernäring, riskerar försämring av munhälsa har en hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk.

I egenkontroll för riskbedömningar framgår att 85% av individer som bedömt löpa risk för undernäring har aktuell ordination/åtgärd till förhöjd risk.

Vi har även konstaterat samtliga individer som har förhöjd risk för fall samt ROAG har en hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk. För bedömning enligt Norton är det 77% som har ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk.

Resultat av egenkontroll avseende hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att utveckling/förbättring av gamla hälsoplaner krävs. Områden som tillgång till aktuella kontaktuppgifter, samtycke, läkemedelsansvar och medicinska diagnoser har förbättrats jämfört med tidigare egenkontroll.

Resultat av egenkontroll läkemedelshantering utförd av Apoteket AB visar att läkemedelshantering fungerar mycket bra.

Följsamheten till lagar och föreskrifter är god, det finns goda förutsättningar för ett patientsäkert arbete. Narkotikahantering fungerar utmärkt och de flesta påpekanden från föregående års rapport är åtgärdade.

Verksamheten genomför egenkontroll av delegeringar varje år. En sammanställning av aktuella delegeringar begärs in av ansvarig chef. Resultat av senaste egenkontroll visar att samtliga delegeringar är aktuella

Egenkontroll av Basala Hygienrutiner visar god följsamhet.

Avvikelser

De avvikelser som hanterats internt under 2021 avser till största del fall och läkemedelshantering och bristande informationsöverföring. En slutsats som har dragits av de hanterade avvikelserna är att högre kontinuitet av informationsöverföring både tvärprofessionellt och med närstående är nödvändigt för att säkerställa hög vårdkvalitet. De avvikelser vi skickat till andra vårdgivare har berört bristande patientsekretess samt sår uppkomna i annan verksamhet.

Klagomål och synpunkter

De klagomål och synpunkter som inkommit under året har berört uppskjuten behandling hos annan vårdgivare på grund av pandemin. Bristfällig dialog/kommunikation mellan anhängig och extern vårdgivare. Det vi uppmärksammat i dessa synpunkter är att verksamheten behöver säkerställa att god kommunikation mellan externa vårdgivare och närstående sker.

Händelser och vårdskador

Under året har inga utredningar avseende vårdskada eller risk för vårdskada genomförts

Risikanalys

Områden som behandlats i riskanalyser är bl.a. organisation/bemanning, hälso- och sjukvård inklusive rehabiliteringsinsatser, läkemedelshantering, beredskap för Covid-19, behörigheter, läkarinsatser, dokumentation, informationsöverföring och teamsamverkan.

Fokusområde för riskanalyser var Covid-19 under 2021.

Verksamheten har haft stark fokus på att förhindra/begränsa smittspridningen av Covid-19. Detta arbete har skett i nära samarbete med Vårdhygien och stadsdelens MAS. Riskanalys har identifierat behov av flertalet utbildningar i basala hygienrutiner samt flertalet utbildningar i hantering av skyddsutrustning vilket genomförts i samarbete med stadsdelens MAS. Riskanalyser har identifierat behov av förändringar i utformning av hur informationsöverföring genomförts samt att snabba åtgärder har vidtagits i takt med förändringar i Covid-19 läget. Verksamheten har ändrat och anpassat sina rutiner(tillfälligt) för att kunna möta de utmaningar som pandemin inneburit under 2021.

Mål och strategier för kommande år

Nedanstående är verksamhetens övergripande mål för patientsäkerheten:

- Utveckla arbetet med BPSD-bedömning samt handlingsplaner.
- Fortsatt utveckling av omvårdnad för personer med kognitiva sjukdomar och/eller psykisk ohälsa.
- Fortsatt arbete med att upprätthålla en god kvalitet gällande basala hygienrutiner.
- Fortsatt utveckling av avvikelshantering genom tätare uppföljning i kvalitetsråd.
- Fortsatt utveckling av dokumentation.
- Öka användandet av validerade smärtskalor exempelvis Abby pain och VAS.

