

Patientsäkerhetsberättelse för Serafens Vård- och omsorgsboende År 2023



Datum: 2024-02-19

Ansvarig för innehållet: Åsa Bergström (Enhetschef), Winnie Nordangård (Bitr. Enhetschef), Juan-Carlos Hernandez (MLA)

Diarienummer: **KUNG 2024/111**

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	11
Riskhantering	11
Stärka analys, lärande och utveckling	12
Avvikelse	12
Klagomål och synpunkter	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	14

SAMMANFATTNING

Under 2023 har verksamheten fortsatt med att säkerställa att dokumentation utförs i tillräcklig omfattning och med kvalitet, genom utbildningsinsatser och handledning av legitimerad personal. Förvaltningen processledare i dokumentation har fortsatt att utbilda sjuksköterskor och har stående utbildningstillfällen inbokade i verksamheten. Intern granskning har skett vid flertal tillfällen och sjuksköterskorna arbetar kontinuerligt med att förbättra dokumentationen. Under året har mycket fokus varit framför allt arbetet med hälsoplaner.

Under 2023 har tio tillsvidareanställda sjuksköterskor rekryterats och introducerats i verksamheten. De nyanställda sjuksköterskor har fått en gedigen introduktion tillsammans med Medicinsk Ledning Ansvarig (MLA) där uppdraget som omvårdnadsansvarig sjuksköterska har betonats. Utbildningsinsatser för dokumentation av processledare, nutritionsutbildning av dietist, patientsäkerhet och avvikelseprocessen av Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska och Medicinsk Ansvarig för Rehab (MAS och MAR) har genomförts under årets första kvartal.

Regelbundna teammöten med alla yrkeskategorier har genomförts i större grad i år. En mall för teammöten har skapats och ha använts som stödfunktion för hela teamet (HSL personal och omvårdnadspersonal).

Sjuksköterskorna har aktivt givit handledning till omvårdnadspersonal i bl.a. såromläggning för att utöka uppgifter som kan delegeras.

Under 2023 har fokus varit att öka kompetensen för samtliga yrkeskategorier i palliativ. Under hösten utbildades en arbetsterapeut, tre sjuksköterskor och tio omvårdnadspersonalen har utbildats till palliativa ombud via Palliativ Kunskaps Center (PKC).

Kontinuerlig fortbildning i basala hygienrutiner har fortsatt även i år. Hygienobservatörer har utbildats av MAS. Regelbundna möten har genomförts tillsammans med bitr. enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar chef och observationer har skett vid tre tillfällen under året. Resultatet av följsamhet i basal hygien och klädregler har från början av året gått har från 29% av 100 möjliga till 67% i slutet av året vilket är en positiv utveckling. Hygien har lyfts vid flertal tillfällen under APT. Hygienrond har utförts av hygiensjuksköterska från Vårdhygien MAS samt chefer i verksamheten.

Verksamheten har fortsatt arbetet med att minska smittspridningen av Covid-19 genom följsamhet till basala hygienrutiner, Source Control samt erbjuda vaccinationer till alla boende.

Verksamheten har även i år fortsatt med teamarbete kring god vård vid demenssjukdom. Målet är att minska symtom genom att arbeta strukturerat med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom enligt BPSD. På måndagar hålls BPSD möten där kartläggning och uppföljning av patienter genomförs. På möten samlas olika yrkeskategorier som legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chef. Vi har även fortsatt med kvalitetsarbete kring Stjärnmärkt.

Säker läkemedelshantering har fortsatt varit ett stort fokusområde under 2023. Vi har fortsatt med utveckling av det digitala signeringssystemet APPVA. Ordinationer och insatser inom palliativ vård, nutrition och BPSD har implementerats i APPVA. Extern utbildning i läkemedelshantering har erbjudits till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Målen för patientsäkerhetsarbetet under år 2024 är:

- Utveckla arbetet gällande patientsäkerhetskultur i verksamheten.
- Utbildningsinsatser planeras in regelbundet för att säkerställa kompetensen.
- Att fortsätta att utveckla samverkan i det tvärprofessionella teamet kring de boende
- Utveckla samarbetet med beställarenheten för en trygg övergång inom äldreomsorgen.
- Att säkerställa det personcentrerade arbetssättet i den palliativa vården genom att utbilda fler palliativa ombud i verksamheten samt biträdande enhetschef för hälso-sjukvård.
- Minimera risken för vårdskador genom rutinmässiga riskbedömningar samt utreda, analysera och följa upp händelser i verksamheten
- Att förbättra och utveckla arbetet gällande kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.
- Utveckla och säkerställa läkemedelshanteringen i verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen. Boende erbjuds trygg och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården bedrivs med respekt för boendes integritet och självbestämmande.

Enhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter och att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) riktlinjer är kända i verksamheten. Enhetschef ansvarar för att resursanvändning och att bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård.

Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) tillsammans med Biträdande enhetschef för Hälso-sjukvårdsansvar ansvarar för kvalitets- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Serafens äldreboende. MLA deltar i Serafens ledningsgrupp där aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp. MLA och biträdande enhetschef ansvarar för att avvikelser utreds och används för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och anmäler allvarliga händelser till MAS och MAR för vidare utredning för eventuell anmälan enligt Lex Maria.

Medicinskt Ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) följer årligen upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet genom verktyget QUSTA i dialog med ledningen och hälso- och sjukvårdspersonal. Resultat visar på åtgärder och förbättringsområden. MAS och MAR informerar verksamheten kontinuerligt om förändringar i lagstiftelsen eller andra förändringar som berör hälso- och sjukvården. De samverkar nära med biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. De bidrar till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och rapporterar risker och negativa händelser till enhetschef för hälso- och sjukvård, som i sin tur rapporterar till MAS/MAR.

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

Stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien, Palliativt kunskapscentrum, Dietist, Processledare finns att tillgå. Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Capio läkare i SÄBO. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Ansvarig läkare finns på plats i verksamheten minst två dagar i veckan, och under jourtid finns alltid tillgång till läkare via telefon och vid behov besök.

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

Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvård som till exempel stadsdelsförvaltningens dietist och MAS/MAR.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

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

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs kontinuerligt och analyseras i verksamheten. Utbildningsinsatser för legitimerad personal med processledare har genomförts under året. Arbetet med att utföra riskbedömningar, kartlägga hälsotillstånd och skapa hälsoplaner är ett fortsatt pågående arbete.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Verksamheten arbetar med BPSD där handlingsplaner tas fram för att säkerställa god vård men även säkerställa en god arbetsmiljö.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp och utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.



Avvikelsehantering

Avvikelseberättelser är en av de viktigaste källorna till att upptäcka vårdskador och risk för vårdskador. Avvikelse inom hälso- och sjukvården ska rapporteras och verksamhetens chefer utreder, analyserar och följer upp med berörd personal. Särskilt allvariga händelser utreds av medicinsk lednings ansvarig (MLA) och biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvarför. MAS bedömer om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria. Avvikelse gällande apotek, andra vårdgivare och medicintekniska produkter rapporteras enligt särskilda rutiner.

Under 2023 har tre avvikelser lett till utredning enligt Lex- Maria. Händelserna har lett till förbättringsarbete inom dokumentation, kommunikation och information mellan de olika yrkeskategorier samt utbildning och introduktion av legitimerad personal.

Under hösten 2023 gjorde arbetsmiljöverket en tillsyn där arbetsmiljö på en demens avdelning granskades. Granskningen visade inte på några anmärkningar, ärendet avslutades.

Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister används för ett systematiskt kvalitetsarbete;

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

- BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) -registret; via registret ges förslag på evidensbaserade vård- och omsorgsåtgärder vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
- Dokumentation/loggkontroller: Strukturerad journalgranskning genomförs två gånger per år. Rutin finns för loggkontroller av patientjournaler.

Basala hygienrutiner

Enhetschef tillsammans med ledningen ansvarar för att säkerställa att personalen har en god följsamhet till basala hygienrutiner, särskilda hygienombud finns i verksamheten. För att kvalitetssäkra personalens tillämpning av basala hygienrutiner finns en webbaserad utbildning att tillgå via Vårdhygien. Checklistor används för egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Läkemedelsgenomgång

Varje enskild boende ska erbjudas en årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt överenskommelse med ansvarig läkarorganisation.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Verksamheten har under året haft följande utbildningar för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal:

- BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) administratör utbildning.
- Fortsatt utbildning i dokumentation för hälso-och sjukvårdspersonal.
- Utbildning för palliativa ombud via Palliativ Kunskaps Center (PKC). Tio av omvårdnadspersonalen, en arbetsterapeut och tre sjuksköterskor.
- I samband med årets planeringsdagar, genomfördes utbildning gällande våld i nära relationer för all personal.
- Föreläsningar inom kognition.
- En sjuksköterska har gått utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel.
- Två av rehab personalen har gått handledarutbildning.
- Utbildning i låg affektiv bemötande.
- Utbildning för personal på äldrepsykiatri.
- Utbildning i vitala parametrar och hur man får fram dessa mätvärden.
- Utbildning för språkombud för att förbättra den social dokumentation.



Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



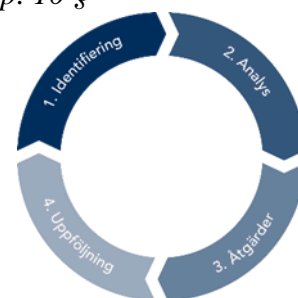
PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Individuella hälsoplaner och genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde och/eller med närstående. Det förebyggande arbetet med riskbedömning och åtgärder sker i samverkan med boende och ibland även närstående. Inför skydds- och begränsningsåtgärder är patienten och närstående informerade och delaktiga i beslutet.

Samverkan med patienter och närstående sker också vid vårdplanering och genomförandeplan. Patienter och närstående blir informerade om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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



Nedan framställs vilka egenkontroller som utförts och i vilken omfattning.

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	Journalssystem VODOK 2.0 och Parasol
Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheten. Basal hygien rutiner.
Kontroll av läkemedelshantering i verksamheten	4 gånger per år	Egen mall
Nattfastemätning	2 gånger per år	
Avvikelser	1 gång/månaden	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
	1 gång/månaden	Appva

Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år och vid behov 2 gånger per år 1 gång per år och vid behov	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Punktprevalensmätning (PPM) Senior alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år och vid behov	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Kontroll av MTP	1 gång/år	Extern utförare enligt avtal

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Verksamheten uppmuntrar all personal att skriva avvikelser då de upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser inklusive inkomna klagomål/synpunkter. Flera avvikelser har lett till förbättringsåtgärder. I samråd med MAS inleds utredning vid allvarliga avvikelser med misstänkt vårdskada.

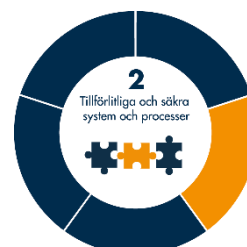
Utredningen sker enligt mall som omfattar olika punkter och frågeställningar. Till utredningen tillkommer också dokumentationsgranskning och redogörelser av berörd personal.



Resultatet av utredningen redovisas för att all personal i ett lärande syfte och för att öka personalens delaktiga i att förbättra och utveckla patientsäkerheten. Resultatet tas upp i olika mötes forum som arbetsplats träffar(APT), gruppmöten och hälso-och sjukvårds möten (HSL).

Arbetet med att utveckla dokumentationen pågår kontinuerligt. Sjuksköterskor har haft flera utbildningstillfällen under året.

MLA har tillsammans med biträdande enhetschef för hälso-och sjukvårds ansvar i uppdrag att förbättra och säkra kvalitén gällande hälso-och sjukvården.



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Vi fortsätter att arbeta intensivt med att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen, förvaltningens processledare har regelbunden avstämning med legitimerad personal, och framförallt nyanställda sjuksköterskor.



Under 2023 har läkemedelsavvikelser resulterat revidering och genomgång av läkemedelsrutinen. Apotekets webbutbildning samt skriftligt kunskapstest för visstidsanställda utförs tillsammans med delegerande sjuksköterska. Vidare genomför den delegerande sjuksköterska en praktisk genomgång av administration av läkemedel.

Riskhantering

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

Riskanalyser har utförts och genomförts inför planerade förändringar i organisationen eller annan påverkan som kan få negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Verksamheten har även under 2023 genomfört riskanalyser kopplat till Covid-19. Dessa har handlat om risk för smittspridning och användandet av skyddsutrustning. Verksamheten har även genomfört riskanalyser inför sommar- och juledighet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Arbetsätt förbättras genom tillgänglig information enligt nedan:

- Avvikelser registreras i journalsystemet Vodok 2.0 och utifrån avvikelserns art utreds detta enligt rutin för avvikelshantering. MLA tillsammans med biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårds ansvar granskar och analyserar avvikelser kontinuerligt. Detta är ett sätt att identifiera händelser som har orsakat eller riskerar att orsaka vårdskador. Vid allvarligare händelser informeras samtliga i ledningsgruppen och MAS, MAR.
- Granskning av hälso- sjukvårdsjournaler ska leda till att förbättringsområden kan identifieras och utgöra en grund för fortsatt kvalitetsutveckling inom verksamheten.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomförs årligen av Apoteket. Protokoll med förslag om förbättringar återkopplas till verksamheten. Åtgärdsplaner upprättas för att säkra en god läkemedelshandling.
- Statistik från det digitala signeringsystemet APPVA följs kontinuerligt upp av processledare från stadsdelsförvaltningen tillsammans med ledningsgruppen på Serafen. Biträdande enhetschefer diskuterar resultatet på gruppmöten med personal.
- Resultat från punktprevalensmätning gällande följsamhet till basala hygienrutiner, fall, skyddsåtgärder och blåsdysfunktion sammanställs och skickas till MAS. Resultatet följs upp och ligger till grund för förbättringsarbete i verksamheten.
- Resultat från dokumentationsgranskning från journalsystemen Vodok och Parasol följs upp kontinuerligt av processledare från stadsdelsförvaltningen.
- Natfastemätning har skett 2ggr under året. Resultatet dokumenteras i patientens journal och åtgärder sätts in vid behov.



Avvikelser

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

Verksamheten har en lokal rutin för avvikelser som är känd av all personal. Det är fortfarande en underrapportering av läkemedelsavvikelser.

Avvikelser	2022	2023
Läkemedel	81	42
Fall	226	154
Specifik omvårdnad	7	8
Vårdkedjan	6	10
Trycksår	0	3

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter hanteras av biträdande enhetschefer som ger återkoppling till den som har lämnat klagomål eller synpunkt. Utifrån klagomålets eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschefer en bedömning och påbörjar eventuellt en utredning.

Synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård hanteras av *Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) samt biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårds ansvar* som omgående påbörjar utredning. Analys och utredning genomförs i olika steg som insamling av fakta, beskrivning av händelseförlopp, identifiering av orsaker och åtgärdsförslag.

Verksamheten har som rutin att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med brister och händelsen tas upp i olika mötesforum. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska de rapporteras till MAS/MAR som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Under 2023 har tre händelser lett till IVO-anmälan. Anmälningar gällde två stycken om trycksår och en anmälning om fördröjda insatser kring oupptäckt fraktur.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med ett förbättringsarbete gällande patientsäkerheten. För sjuksköterskorna ligger fokus på att läkemedelsgenomgångar, riskbedömningar och uppföljningar av hälsoplaner.

Omvårdnadspersonalens fokusområden för 2023 har varit dokumentation, kunskap i demenssjukdomar, palliativ vård, måltidsituationer och att mer aktivt arbeta med patienternas



genomförandeplaner. Detta för att synliggöra patienternas behov och vikten av en individuell vård de och anhöriga känner sig delaktiga tillsammans med omvårdnadspersonalen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Alla boende ska fortsätta att ha en aktuell risk-och preventionsbedömning som är dokumenterad i Vodok samt uppföljning av hälsoplaner. Fortsätta genom avvikelser kontinuerligt.
- Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Alla personal ska genomgå webbutbildning i basala hygienrutiner.Handledning och egenkontroll och självskattning ska genomföras av legitimerad personal.
- Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation genom fortsatt utbildningsinsatser att utveckla arbetet med social dokumentation och omvårdnadsdokumentation.
- För att minska läkemedelsavvikelser ska en säker delegeringsprocess och tydliga rutiner för läkemedelsöverlämningen finnas. Fortsatt uppföljning av APPVA signeringen för att säkerställa att de äldre får sina läkemedel i tid. Sjuksköterska ska i stor utsträckning arbeta med handledning och utbildning men också med kontroll kring APPVA.
- Fortsatt rapportering av händelser, – vårdskada. Händelser och avvikelser samt rapportering av vårdskador ska också tas upp i APT som en information för att hålla kunskaper i verksamheten uppdaterade.
- Fortsatt arbete även 2024 med palliativa ombud i verksamheten för att utveckla arbetet kring den sista tiden i livet. Registrering i palliativa registret ska fortsätta ske.
- Utbildning i **SBAR** (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation) en strukturerad metod som underlättar kommunikationen mellan vårdpersonal ska implementerats.