

Patientsäkerhetsberättelse 2013 för äldreomsorgens egen regi verksamheter i Enskede-Årsta-Vantör

**Enskede-Årsta-Vantörs
Stadsdelsförvaltning**
Avdelningen egen regi

Slakthusplan 4, Box 81
121 22 Johanneshov
Växel 08-508 14 000
Fax 08-508 14 444
stockholm.se

Datum och ansvarig för innehållet

2014-01-15

Leif Kananen

Verksamhetschef enligt 29 § HSL

Sammanfattning

Under året har följande åtgärder vidtagits för att öka patientsäkerheten:

- Kvalitetsgranskning av enheternas läkemedelshantering har genomförts
- Uppföljning genom journalgranskning, infektionsregistrering och mätning av kvalitetsindikatorer
- Identifiering och hantering av vårdskador och risk för vårdskador genom avvikelserapportering i VODOK
- Hygienronder har genomförts under året
- Utbildning i dokumentation och vårdplanering
- Utbildning i munhälsa
- Förflyttningutbildning
- Utbildning i näringslära av dietist.

Under 2013 har implementeringen av Rutiner för den äldre hälsa och välbefinnande fortsatt. Detta märks genom bättre resultat i journalgranskningen.

Riskbedömningar har enligt gällande rutiner genomförts av fall, undernäring och trycksår. Resultatet visar att riskbedömning har genomförts för 95,8% av de boende inom berörda egenregi verksamheter vilket är ett bra resultat. I de fall när risk bedömts har åtgärder vidtagits

Webbaserad rapportering av inträffade avvikelser i VODOK av hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet. Fortfarande finns underrapportering av inträffade vårdskador i VODOKs avvikelsemodul. Arbetet med att analysera inträffade avvikelser samt vidta åtgärder för att förebygga vårdskador bör utvecklas ytterligare.

Kvalitetsråd finns på lokal och centralnivå. För att säkerställa att patienter och anhöriga involveras i patientsäkerhetsarbetet anordnas anhörigmöte och/eller anhörigråd på enheterna. Centralt finns ett pensionärsråd. Vidare genomförs årliga brukarenkäter för att få veta vad brukarna tycker om vårt arbete ur olika aspekter. Anhöriga erbjuds att närvara/delta vill vårdplaneringar kring den enskilde. Enheterna har påbörjat att registrera i kvalitetsregistret SeniorAlert och Palliativa registret.

Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att patienterna i EÅV stadsdelsförvaltningens egen regis vård-omsorgsboenden och servicehus får en god, säker och trygg hälso- och sjukvård.

Nämndens hälso- och sjukvårdsmål:

Personer, som nämnden har hälso- och sjukvårdsansvar för, får utifrån en individuell bedömning en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. Berörda enheter ger varje person en individuell bedömning med fokus på ADL, funktionsbedömning och riskbedömning gällande fall, undernäring och trycksår samt årlig läkemedelsgenomgång enligt ”Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande”.

MÅL

1. Inga patienter ska få trycksår.
2. Minska antalet fall.
3. Minska antalet patienter med undernäring.
4. Minska antalet vårdrelaterade infektioner.
5. Alla patienter ska kunna förflytta sig på ett säkert sätt.
6. Alla patienter ska få den läkemedelsbehandling de behöver.
7. Alla patienter ska få bedömning av ADL och stöd efter behov.

STRATEGI

1. Riskbedömningar och åtgärder för trycksår genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
2. Riskbedömningar och åtgärder för fall genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
3. Riskbedömningar och åtgärder för undernäring genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
4. All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbeta enligt basala hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner ska registreras, självskattning av hygien ska göras av vårdpersonal, hygienrond ska genomföras på varje enhet
5. Förflytningsbedömning genomförs av sjukgymnast/ arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående
6. Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt gällande regelbok och enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
7. ADL-bedömning görs av arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Fördelning av ansvaret för patientsäkerhetsarbetet

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och upprätta rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. Verksamhetschefen ger i uppdrag till särskilt ansvariga befattningsinnehavare att fullgöra enskilda arbetsuppgifter på utförarsidan enligt hälso- och sjukvårdslagen § 30.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Avvikelse rapportering

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i journalsystemet VODOK. Exempel på avvikelser är fall, uteblivet läkemedel och trycksår.

Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av Teamet (sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal) på respektive avdelning och därefter övergripande på enhetens kvalitetsråd.

Minnesanteckningar från respektive enhets kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd. MAS/MAR tar emot alla avvikelser, följer upp och vid behov begär utredning för eventuell fortsatt handläggning av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) samt sammanställer avvikelser halvårsvis.

Journalgranskning

Alla patienter som identifierats som riskpatienter för trycksår, fall och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status. Vid risk ska vårdplan upprättas och

planerade och vidtagna åtgärder dokumenteras. Alla patienter ska ha förflyttningsbedömning dokumenterad i status.

Basala hygienrutiner

Uppföljning av basala hygienrutiner sker genom att

- enhetschef mäter att all personal har genomgått webbaserad hygienutbildning en gång/år
- sjuksköterska registrerar vårdrelaterade infektioner månadsvis och rapporterar till MAS som analyserar resultatet utifrån registreringarna och skickar in till Vårdhygien
- hygiensjuksköterska från Vårdhygien genomför årligen hygienrond med MAS, enhetschef och personal på varje enhet. Resultat delges enhetschef och MAS.
- all personal självskattar sin tillämpning av basala hygienrutiner årligen. Detta följs upp av enhetschef.

Månadsstatistik

Månadsvis sker mätning av riskbedömningar, trycksår, läkemedelsbehandling, funktionsbedömning och vårdinfektioner.

HSL- indikatorer

Mätning av genomförda riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring sker årligen i kvalitetsindikatorer som skickas till Äldreförvaltningen.

Omvårdnadsmöten

Alla patienters hälsotillstånd följs upp genom att Rutiner för den Äldres Hälsa och välbefinnande tillämpas. Detta sker vid inflyttning, förändringar av hälsotillstånd samt vid årsuppföljning.

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering

Årliga kvalitetsgranskningar av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med enhetschef, sjuksköterska och MAS. Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits år 2013 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Genomförda aktiviteter 2013	Resultat
Utbildning via dietist.	9+12/12: Genomfört.
SOSFS 2012:9 Utbildning läkemedelsgenomgång genomförd 13, 21 och 26 mars. Birgitta Elfsson från apoteket sammanställer rapport	11/4: Genomfört
Rutin vid telefonbedömning av patient vid fall. Åtgärd: Se över rutin och komplettera checklisten med frågor.	11/4: Genomfört.
Utbildning för samtliga sjuksköterskor i munhälsa.	14/5, och 28/5: genomfört
Utbildning hygien. Hygienombud och sjuksköterskor	20/3 och 4/6: Genomfört
Läkemedelsgranskning.	Mårtensgården vob: 8/4. Stureby vob: 22/5. Rågsved servicehus: 5/11.
Tyra Graff föreläsning dokumentation och vårdplanering.	19/9+9/10 samverkan med Älvsjö, Skärholmen, Hägersten & Liljeholmen.
Ergonomiutbildning	464 genomgått utbildning
Månadsstatistik HSL from sept 2013 varje månad.	Löper på.
Uppföljning medicinsk fotvård – 3 st entreprenörer.	Genomfört.

Uppföljning genom egenkontroll

Avvikelsehantering

Uppföljning av samtliga inträffade avvikelser har gjorts. Sammanställning av inträffade avvikelser görs halvårsvis.

Riskbedömningar

Sammanställning av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har gjorts en gång under året.

Antal genomförda riskbedömningar:

Vård- o omsorgsboende	2012	2013
Stureby	100%	85%
Mårtensgården	92%	100%
Rågsveds servicehus	85%	94%
Tussmöttegården Demens+ 181	90%	100%
Tussmöttegården Somatik	100%	100%

Journalgranskning

Granskning av journaler har genomförts av MAS/MAR under året avseende lagstadgad journalföring där riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, åtgärder, planer samt förflytningsbedömning ingår.

Lagstadgad journalföring finns till:

Vård- och omsorgsboende	2012	2013
Stureby	82%	88%
Mårtensgården	66%	80%
Rågsveds servicehus	65%	82%
Tussmötegården Demens+ 181	80%	81%
Tussmötegården Somatik	84%	86%

Hygien

Hygienronder har genomförts under året.

Infektionsregistreringar har gjorts månadsvis och rapporterats till MAS som därefter rapporterar till smittskyddsensheten varje kvartal. Smittskyddsensheten sammanställer och återkopplar årligen. De flesta infektioner enligt infektionsregistreringarna är urinvägsinfektioner hos personer utan urinkateter, sårinfektioner och pneumonier.

Flertalet personal har genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning under året.

Läkemedel

Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering har genomförts under året. Protokoll finns.

Palliativ vård/ Palliativa registret

Enheterna har påbörjat att registrera i Palliativa registret för att säkerställa och utveckla arbetssätt- och metoder.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansmöten med Team Äldredoktorn hålls för att följa upp kvalitet och rutiner och säkerställa att arbetssätt-/metoder fungerar på vård- och omsorgsboendena och servicehusen. Lokal överenskommelse för samverkan finns upprättad för varje enhet. Samverkansmöten på övergripande nivå med primärvård, geriatrik, psykiatri och slutenvården hålls i stadsdelen.

Risakanalys

Genom rapportering av avvikelser genom personalen samt synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Genom kvalitetsråd som behandlar alla uppkomna avvikelser och föreslår åtgärder. Genom att MAS och MAR tar emot alla avvikelser och begär utredningar vid behov.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i journalsystemet VODOK. Exempel på avvikelser är fall, uteblivet läkemedel och trycksår. Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av Teamet på respektive avdelning och därefter övergripande på enhetens kvalitetsråd.

Minnesanteckningar från respektive enhets kvalitetsråd delges avdelningens kvalitetsråd. MAS/MAR tar emot alla avvikelser, följer upp och vid behov begär utredning för eventuell fortsatt handläggning till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) samt sammanställer avvikelser halvårsvis.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt. Klagomål kan även lämnas anonymt. För de skriftliga klagomålen finns inom förvaltningen en gemensam blankett som finns tillgänglig inom verksamheten. Om en medarbetare tar emot ett klagomål och avser den verksamhet som mottagaren arbetar inom, då ser den personen till att närmaste chef informeras om klagomålet och vilka eventuella åtgärder som har vidtagit direkt.

Om det inte gäller ”vår egen verksamhet” så ser personen som tar emot klagomålet till att det kommer till ”rätt” verksamhetschef. Den som lämnar klagomålet ombeds att fylla i klagomålsblanketten som sedan skickas över till rätt verksamhet, eller så ber vi honom/henne kontakta verksamheten direkt för att lämna klagomålet muntligt.

Enhetschef tar ställning till om klagomålet gäller en enskild individ eller hela verksamheten. Om det är individrelaterat ska det eventuellt tillföras personakten. Om det avser hela verksamheten ska det dokumenteras på blanketten ”Uppföljning av klagomål”. Klagomål diarieförs.

Enhetschef säkerställer att enheten undersöker orsakerna till klagomålet och att dessa åtgärdas så att klagomålet inte uppstår igen. Enhetschef säkerställer att brukaren och eventuellt beställarenheten får återkoppling. Enhetschef tar upp alla klagomål på arbetsplatsträffarna och kvalitetsrådet. Lokala rutiner, arbetssätt- och metoder revideras.

Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och Socialstyrelsen diarieförs centralt i förvaltningen. Utredning och analys sker och ev. åtgärder vidtas i samverkan med patient, anhöriga och personalgrupp. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Sammanställning och analys

Lokala kvalitetsrådet, utifrån ledningssystemet för HSL och SoL, går systematiskt igenom resultaten av egenkontroller, avvikelser och riskrapporter, klagomål som inkommer. Dessa sammanställs till ledningsgruppen och kvalitetsrådet som analyserar och föreslår/beslutar om åtgärder. Avdelning egen regis kvalitetsråd begär in enheternas kvalitetsrådsprotokoll. Ledningssystemet HSL/SoL revideras utifrån inkomna klagomål.

Redovisning av inkomna klagomål/synpunkter sammanställs och redovisas med vidtagna åtgärder i webb ILS till Tertialrapport 1 och 2 samt verksamhetsberättelsen på lokal och centralnivå.

MAS/MAR

Inkomna klagomål och synpunkter som kommer direkt till MAS/MAR utreds, analyseras och återkopplas till ansvarig chef.

Samverkan med patienter och närstående

För att säkerställa att patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet anordnas anhörigmöte och/eller anhörigråd på enheterna. Centralt finns ett pensionärsråd. Vidare genomförs årliga brukarenkäter för att få veta vad brukarna tycker om vårt arbete ur olika aspekter. Anhöriga erbjuds att närvara/delta vid vårdplaneringar kring den enskilde.

Resultat år 2013 inom avdelning egen regi

- All personal ska ha genomgått förflyttningsutbildning
 - **Resultat:** 464 medarbetare har genomgått en halvdag utbildning i ergonomi/förflyttningsteknik
- All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i Basala hygienrutiner
 - **Resultat:** Alla medarbetare har genomgått webbaserad utbildning.
- Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen
 - **Resultat:** Enheterna registrerar avvikelser rörande läkemedel och fall i avvikelsemodulen.
- Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen
 - **Resultat:** Under 2013 har trycksår inte registrerats i avvikelsemodulen.
- Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för fall, undernäring eller trycksår enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
 - **Resultat:** Riskbedömningar har enligt gällande rutiner genomförts av fall, undernäring och trycksår. Resultatet visar att riskbedömning har genomförts för 95,8% av de boende inom berörda verksamheter vilket är ett bra resultat. I de fall när risk bedömts har åtgärder vidtagits
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras för samtliga boende enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande. Samtliga sjuksköterskor kommer att delta i ett seminarietillfälle i samverkan med farmaceut
 - **Resultat:** Läkemedelsgenomgång för samtliga boenden har genomförts tillsammans med läkare från Team äldredoktorn. Utbildning enligt SOSFS 2012:9 läkemedelsgenomgång genomförd 13, 21 och 26 mars med farmaceut från apoteket.
- Enheterna registrerar i kvalitetsregistret SeniorAlert och Palliativa registret. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet utifrån fall, undernäring och trycksår samt vård i livets slutskede. Underlaget utifrån register ger förslag på utveckling av lokala arbetssätt- och metoder
 - **Resultat:** Enheterna har påbörjat registrering i Palliativa registret samt Senior Alert.

- Erbjudna samtliga sjuksköterskor kompetensutveckling inom nutritionsområdet för att säkerställa/uppmärksamma behovet av individuella patientåtgärder utifrån risker
 - **Resultat:** Alla sjuksköterskor har fått kompetensutveckling inom området. Föreläsning av dietist genomförd 9 /12 och 12/12.
- Erbjudna enheterna utbildningar/föreläsningar gällande vård i livets slutskede i samverkan med Team Äldredoktorn.
 - **Resultat:** Har inte kunnat genomföras.

Genomförda riskbedömningar med åtgärder, enligt journalgranskning av 25% av befintliga journaler

Stureby granskade 34 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 85%

Risk fanns för 29 personer av 34 granskade journaler 85%.

Åtgärder fanns för 27 av 29 med risk 93%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 82%

Risk fanns för 24 av 34 granskade journaler 70%

Åtgärder fanns för 19 av 24 med risk 79%

Utförd Riskbedömning för trycksår 88%

Risk fanns för 12 av 34 granskade journaler 35%

Åtgärder fanns för 12 av 12 med risk 100%

Tussmöttegården demens + 181 granskade 8 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 100%

Risk fanns för 7 personer av 8 granskade journaler 87%.

Åtgärder fanns för 7 av 7 med risk 100%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 100%

Risk fanns för 5 av 8 granskade journaler 62%

Åtgärder fanns för 3 av 5 med risk 60%

Utförd Riskbedömning för trycksår 100%

Risk fanns för 3 av 8 granskade journaler 37%

Åtgärder fanns för 2 av 3 med risk 66%

Tussmötetgården somatik, granskade 8 journaler, 25%

Utförd riskbedömning för fall, 100%

Risk fanns för 6 personer av 8 granskade journaler 75%.

Åtgärder fanns för 6 av 6 med risk 100%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 100%

Risk fanns för 6 av 8 granskade journaler 75%

Åtgärder fanns för 4 av 6 med risk 66%

Utförd Riskbedömning för trycksår 100%

Risk fanns för 0 av 8 granskade journaler 0%

Mårtensgården granskat 12 journaler, 30%

Utförd riskbedömning för fall, 100%

Risk fanns för 8 personer av 12 granskade journaler 66%.

Åtgärder fanns för 8 av 8 med risk 100%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 100%

Risk fanns för 8 av 12 granskade journaler 66%

Åtgärder fanns för 7 av 8 med risk 87%

Utförd Riskbedömning för trycksår 100%

Risk fanns för 4 av 12 granskade journaler 33%

Åtgärder fanns för 4 av 4 med risk 100%

Rågsveds servicehus granskat 18 journaler 25%

Utförd riskbedömning för fall, 94%

Risk fanns för 14 personer av 18 granskade journaler 77%.

Åtgärder fanns för 13 av 14 med risk 92%.

Utförd riskbedömning för undernäring, 94%

Risk fanns för 6 av 18 granskade journaler 33%

Åtgärder fanns för 0 av 6 med risk 0%

Utförd Riskbedömning för trycksår 94%

Risk fanns för 3 av 18 granskade journaler 16%

Åtgärder fanns för 1 av 3 med risk 33%

AVVIKELSER, dokumenterade i Vodoks avvikelsemodul, jämförelser halvårsvis 2011-2013				
Fall	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	163 (204)	156 (229)	156 (212)	146 (205)
Tussmötegården	45 (62)	53 (74)	82 (71)	84 (95)
Mårtensgården	22 (43)	18 (38)	27 (39)	28 (38)
Rågsveds ä-c	30 (59)	50 (93)	57 (105)	52 (80)
<i>(Antal dokumentationer i journal under sökordet Fall-avsteg)</i>				
Totalt	260	277	322	310 (418)
Brister i läkemedelshantering				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	9 (35)	6 (27)	9 (20)	3 (9)
Tussmötegården	2 (20)	10 (19)	2 (13)	2 (21)
Mårtensgården	10 (67)	6 (55)	3 (75)	4 (3)
Rågsveds ä-c	35 (18)	10 (13)	6 (12)	20 (16)
<i>(Antal dokumentationer i journal under sökordet Läkemedel-avsteg)</i>				
Totalt	56	32	20	29 (49)
MTP				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	9	6	4	2
Tussmötegården	1	4	1	-
Mårtensgården	-	1	-	-
Rågsveds ä-c	1	2	-	1
Totalt	11	13	5	3
Brister i speciell omvårdnad/rehabinsats				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	1	3	1	-
Tussmötegården	-	-	1	2
Mårtensgården	-	4	1	1
Rågsveds ä-c	-	1	1	-
Totalt	1	8	4	3
Brister i vårdkedjan				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	4	1	4	-
Tussmötegården	1	1	6	-
Mårtensgården	1	1	2	2
Rågsveds ä-c	6	3	-	-
Totalt	12	6	12	2
Brister i basal hygien				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	-	1	-	-
Tussmötegården	-	-	-	-
Mårtensgården	-	-	-	-
Rågsveds ä-c	-	-	-	-
Totalt	0	1	0	0

Självord/självordsförsök				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	-	-	-	-
Tussmötegården	-	-	-	-
Mårtensgården	-	-	-	-
Rågsveds ä-c	-	-	-	-
Totalt	0	0	0	0
Övrigt				
	jan-juni 12	juli-dec 12	jan-juni 13	juli-dec 13
Stureby vob	-	-	-	-
Tussmötegården	-	-	-	-
Mårtensgården	-	-	-	-
Rågsveds ä-c	-	-	-	-
Totalt	0	0	0	0

Övergripande mål och strategier för år 2014

MÅL

1. Inga patienter ska få trycksår.
2. Minska antalet fall.
3. Minska antalet patienter med undernäring.
4. Minska antalet vårdrelaterade infektioner.
5. Alla patienter ska kunna förflytta sig på ett säkert sätt.
6. Alla patienter ska få den läkemedelsbehandling de behöver.
7. Alla patienter ska få bedömning av ADL och stöd efter behov.

STRATEGI

1. Riskbedömningar och åtgärder för trycksår genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
2. Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen
3. Riskbedömningar och åtgärder för fall genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
4. Riskbedömningar och åtgärder för undernäring genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
5. Erbjuder samtliga sjuksköterskor kompetensutveckling inom nutritionsområdet
6. Omvårdnadsmöten ska genomföras vid risk för fall, undernäring eller trycksår enligt Rutiner för den äldres hälsa och välbefinnande
7. Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen

8. All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbeta enligt basala hygienrutiner
9. Vårdrelaterade infektioner ska registreras
10. Självskattning av hygien ska göras av vårdpersonal
11. Hygienrund ska genomföras på varje enhet
12. Förflyttningsbedömning genomförs av sjukgymnast/arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående
13. All personal ska ha genomgått förflyttningsutbildning
14. Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt gällande regelbok och enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande
15. ADL-bedömning görs av arbetsterapeut och resultatet förmedlas till patienten, övrig personal och eventuella närstående.
16. Enheterna registrerar i kvalitetsregistret SeniorAlert och Palliativa registret
17. Enheterna erbjuder utbildningar/föreläsningar gällande vård i livets slutskede. Strukturen kring den palliativa vården förbättras (Maria Bende-Rydell)
18. Loggkontroll görs regelbundet
19. Implementering av nytt journalsystem som kommer att utgå ifrån ICF genomförs
20. Avvikelse rapporteringen förbättras.

Följande verksamheter har upprättat en lokal patientsäkerhetsberättelse för år 2013

- Stureby vård- och omsorgsboende
- Mårtensgården vård- och omsorgsboende
- Rågsved servicehus