

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för Södertälje sjukhus/VO Vård år 2022



2022-01-12

Lena Kruse

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet: Engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och patienten som medskapare. Dessutom har fem nationella fokusområden valts ut vilka ligger som grund för innehållet i mallen för patientsäkerhetsberättelsen (se även i figur):

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehållsförteckning	
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
Mål, Strategier och Utmaningar för kommande år	14
Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system	15

SAMMANFATTNING

Under 2022 har pandemin fortsatt som periodvis påverkat verksamhets resurser och förmåga att driva utveckling. Dock har ett ökat fokus på förbättrings- och patientsäkerhetsarbete gjort att en del förbättringar genomförts och fler akutsomatiska vårdplatser har öppnats.

En fallskadeförebyggande grupp inom geriatriken inklusive strokeavdelningen har startats gjort ett omfattande arbete för att minska fall. Dock ses en underrapportering av avvikelser så en del i arbetet har varit att öka rapporteringen. Gruppen får alla avvikelser och arbetare med standarder för att motverka fall hos patienterna.

Studien, Magnet4Europa i kombination med ett strategiskt arbete att vara en attraktiv arbetsgivare har lett till många mindre förbättringar för att skapa en verksamhet med struktur och bra grund. Fokus på att få bra bemannings nyckeltal har lett till att avdelningarna har god bemanning idag vilket påverkar möjligheten att driva förbättringsarbete och ökar patientsäkerheten.

Enskilda händelser har lett till förbättringar som att följa upp brister med omvårdnadsronder för att säkerställa god omvårdad och dokumentationen.

Framförallt har verksamhetsområdets ledningsgrupp mer fokus på avvikelser och händelseanalyser dras för att sedan spridas till verksamheten. Vid nya metoder görs riskanalyser för att bedöma patientsäkerhetsrisker.

Prioriterade områden för 2023

- Stort fokus läggs på medarbetardrivna förbättringar och att skapa en ny ledningsstruktur gällande omvårdnad. Magnet omvårdnad är ett team som leds av chefsjuksköterskan som arbetar med evidensbaserade rutiner och förbättringsprojekt och lokala Magnet team som arbetar med att se till att standarder upprätthålls och driver förbättringsarbete på avdelningarna. Varje avdelning planeras att ha en omvårdnadsledare, en sjuksköterska med magisterexamen och en vårdledande undersköterska.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Verksamhetsrådets mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att skapa medarbetardrivna förbättringsarbeten utifrån gemensamma och specifika kvalitetsindikatorer, avvikelser, synpunkter och klagomål.



Verksamhetsplanen tas fram av verksamhetsrådets ledningsgrupp. Målen följs upp genom månadsrapporter och i så kallade MUM, månadsuppföljningsmöten. Mål och resultat presenteras på avdelningarnas arbetsplatsträffar. Verksamhetsplanen förmedlas till medarbetare och utarbetas efter den egna enhetens förutsättningar i samband med planeringsdagar.

Verksamhetsrådets huvudprocesser följs upp genom egenkontroller, kontinuerliga datauttag från patientdata, enkäter och observationer. Kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan på ledningsgruppsmötena.

VERKSAMHETSPLAN 2022 VO Vård		Övergripande aktiviteter		Anslutningsplan för aktiviteter	
<p>Verksamhetsplanen tas fram av verksamhetsrådets ledningsgrupp. Målen följs upp genom månadsrapporter och i så kallade MUM, månadsuppföljningsmöten. Mål och resultat presenteras på avdelningarnas arbetsplatsträffar. Verksamhetsplanen förmedlas till medarbetare och utarbetas efter den egna enhetens förutsättningar i samband med planeringsdagar.</p>	<p>Verksamhetsrådets huvudprocesser följs upp genom egenkontroller, kontinuerliga datauttag från patientdata, enkäter och observationer. Kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan på ledningsgruppsmötena.</p>	<p>Verksamhetsrådets mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att skapa medarbetardrivna förbättringsarbeten utifrån gemensamma och specifika kvalitetsindikatorer, avvikelser, synpunkter och klagomål.</p>	<p>Verksamhetsrådets ledningsgrupp tas fram av verksamhetsrådets ledningsgrupp. Målen följs upp genom månadsrapporter och i så kallade MUM, månadsuppföljningsmöten. Mål och resultat presenteras på avdelningarnas arbetsplatsträffar. Verksamhetsplanen förmedlas till medarbetare och utarbetas efter den egna enhetens förutsättningar i samband med planeringsdagar.</p>	<p>Verksamhetsrådets huvudprocesser följs upp genom egenkontroller, kontinuerliga datauttag från patientdata, enkäter och observationer. Kvalitet och patientsäkerhet är en stående punkt på agendan på ledningsgruppsmötena.</p>	<p>Verksamhetsrådets mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att skapa medarbetardrivna förbättringsarbeten utifrån gemensamma och specifika kvalitetsindikatorer, avvikelser, synpunkter och klagomål.</p>

Bild 1. Vo Vårds verksamhetsplan år 2022

Organisation och ansvar

Verksamhetsrådet består av 9 vårdavdelningar inom områdena kirurgi, ortopedi, urologi, medicin, geriatrik och palliativ vård. Verksamhetsrådets ledningsgrupp består av verksamhetschef, bitr verksamhetschef, chefssjuksköterskor från avdelningarna, verksamhetsutvecklare och verksamhetschefssekreterare.

Övergripande ansvar för kvaliteten har verksamhetschefen. Ansvaret delegeras till chefssjuksköterskan på respektive avdelning. Verksamhetsutvecklare tar fram övergripande underlag samt rapporterar resultat enligt avtal på uppdrag av verksamhetschef.

Rapportering av mål och resultat skall under året ske kontinuerlig på den egna enheten samt i verksamhetsrådets ledningsgrupp. Ansvar för uppföljning har verksamhetschef och chefssjuksköterskor. Resultat och åtgärder kan förmedlas på planeringsdagar, förbättringstavlor, arbetsplatsträffar och samverkansmöten.

Verksamhetsrådets huvudprocesser inom kvalitet utgörs av omvårdnad.

För en säker vårdkedja krävs samarbete mellan de olika interna och externa vårdenheter på sjukhuset. Externa vårdenheter på sjukhuset är bland annat, mottagningar, akutmottagning, Intensivvårdsavdelning och ASIH.

Ett nära samarbete sker mellan resurs och process, dvs mellan VO Vårds ledning och de medicinska processerna, i stort sett alla förbättringsarbeten görs i samverkan. I sjukhusets operativa utskott, OU, sker veckomöten där agendan är operativa flödesfrågor, som planering av vårdplatser och förbättringar drivs som är relaterade till patientflödet.

En god säkerhetskultur

Verksamhetsområdet arbetar kontinuerligt med att alla medarbetare skall kunna identifiera risker inom de olika omvårdnadsområdena. Risker och andra omständigheter som kan komma att påverka patientsäkerheten skall kunna diskuteras och tas upp i olika forum på enheterna. Vid allvarigare händelser som skall utredas mer fördjupat kontaktas patient och eventuellt anhöriga vid behov. Patienten ges då möjlighet att delta i analysen och intervjuas. Patienten kontaktas även för att få information om rättigheter och möjligheter att kontakta Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Landstingens Ömsesidige Försäkringsbolag (LÖF). Även medarbetarna kontaktas så snart som möjligt för att kunna ges möjlighet att få stöd vid en allvarlig händelse.



Att personalen rapporterar och skriver avvikelser anses vara en av grunderna i det förbättringsarbete som utvecklas inom området. Verksamhetschefen läser dagligen inkomna avvikelser inom hela verksamhetsområdet för att upptäcka brister. Upprepade eller allvarigare avvikelser tas upp på ledningsgruppsmötet som ett observandum och ställningstagande till förbättringsarbete.

Ledningsgruppens förbättringstavla tas upp på varje möte. Där tas avvikelser, synpunkter från andra VO upp samt förbättringsförslag, händelseanalyser dras när det är relevant för gruppen. Förbättringsaktiviteter drivs sedan av medlemmar i gruppen. Tanken är att sprida det arbetssättet med förbättringsarbete nedåt i verksamhetsområdet där målet är att alla avdelningar ska ha ett fungerande förbättringsarbete som drivs av medarbetarna.

Arbetsättet har givit ett förbättrat resultat i HSE, Hållbart Säkerhets Engagemang. Ledningsgruppens resultat 2022.

Resultaten från medarbetarenkäten, Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) redovisas i verksamhetsområdets ledningsgrupp och chefssjuksköterskorna redovisar respektive avdelnings enkätsvar. Från år 2021 till 2022 har det övergripande resultatet för HSE-index ökat från 71 till 75 (Södertälje sjukhus 74). Den största ökningen ses på delfrågan avseende hur chefen skapar förutsättningar för medarbetarna att bedriva en säker vård.

HSE-index



HME Index

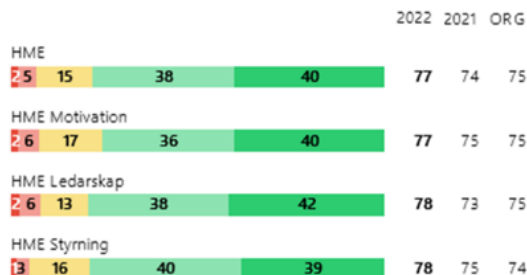


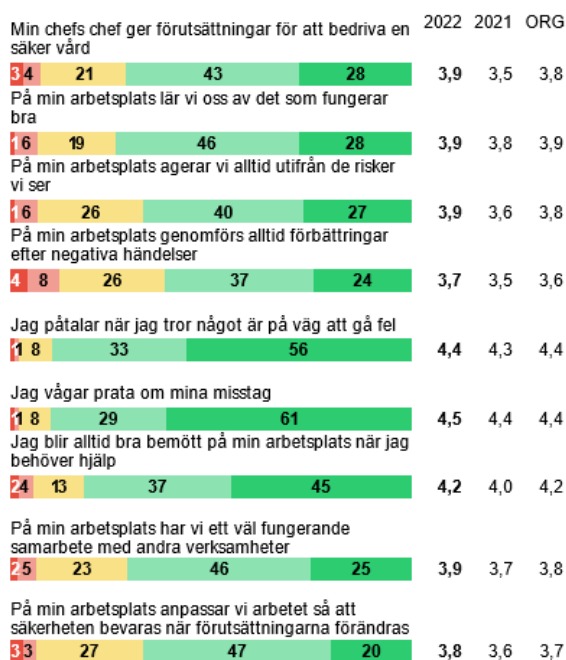
Bild2

Samtliga index har förbättrats och ligger högre mot STS.

Hållbart säkerhetsengagemang har förbättrats 4 punkter och kan kopplas till ett ökat fokus på kvalitet och patientsäkerhetsfrågor inom VO Vård

Bild 2. Resultat HSM Index medarbetarenkäten 2022.

HSE Delfrågor



HSE Övriga frågor

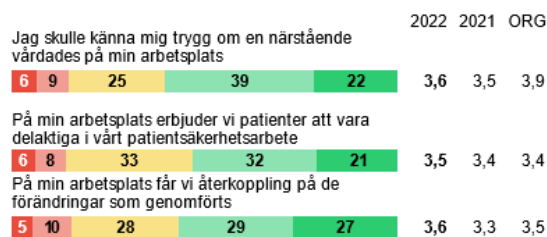


Bild 3. Sammanställning från medarbetarenkäten år 2022

En stor utmaning för verksamhetsområdet har varit att behålla personal. Vilket är av stor betydelse för den patientsäkerhetskultur som håller på att byggas inom verksamhetsområdet. Under året har alla nyanställda kunnat få introduktion via Kliniskt Träningscentrum (KTC). Nyexaminerade har fått en längre introduktion via KTC. Ett omvårdnadsnätverk för omvårdnadsledare/steg-5 sjuksköterskor eller annan av chefssjuksköterskan utsedd person planeras för 2023. Under 2023 kommer även introduktionsdagarna för nyanställda på KTC att öka från fem halvdagar till fem heldagar.

Verksamhetsområdet arbetar för en tillitskultur där patientsäkerheten ska kunna diskuteras öppet på enheten. Ett klimat där det är möjligt att uppmärksamma varandra på brister och utveckla vården för en ökad patientsäkerhet. Under 2022 införs Tillitsprogrammet inom hela verksamhetsområdet.

Adekvat kunskap och kompetens

Utbildning inom verksamhetsområdets kärnområden är ständigt aktuellt både för nyanställda och anställda som arbetat längre tid. Framförallt övas och utbildas personalen i tekniska färdigheter på sjukhusets KTC, Kliniskt Träningscentrum. Utbildning sker även i samband med introduktion på den egna enheten. Introduktionsprogram finns på alla avdelningar.

Extra stor vikt läggs på att ha en bemanning på arbetspassen med god kompetens. Bemanningsassistenter finns till samtliga avdelningar. Bemanningsresursen har 12 anställda sjuksköterskor med god kompetens som kan fördelas på avdelningar vid behov.

På alla avdelningar finns en förbättringstavla som skall användas för en ökad patientsäkerhet. Chefer och omvårdnadsnätverket har utbildats i att skapa förutsättningar och driva förbättringsarbeten på den egna enheten.

Patienten som medskapare

Synpunkter och klagomål tas tillvara genom att medarbetarna är lyhörda och uppmärksamma på patienternas åsikter vid varje möte i vården. Patienterna har förutom den dagliga kontakten med vårdpersonalen flera olika sätt att kontakta vården. Genom 1177s e-tjänster kan patienten lämna synpunkter direkt till verksamhetschef och respektive avdelning. Genom Södertäljes sjukhus hemsida finns möjlighet att skriva ut en blankett för synpunkter och klagomål som kan skickas till Södertälje sjukhus. Denna blankett kan patienterna även använda under aktuellt vårdtillfälle.

Patientenkäten för 2021 visar att patienter på geriatriken upplever vården inom alla dimensioner som mindre bra jämfört med övriga verksamhetsområden. Det har i händelseanalyser framkommit att det finns bristande kunskaper i den palliativa vården. Utbildningsinsatser har planerats under året.



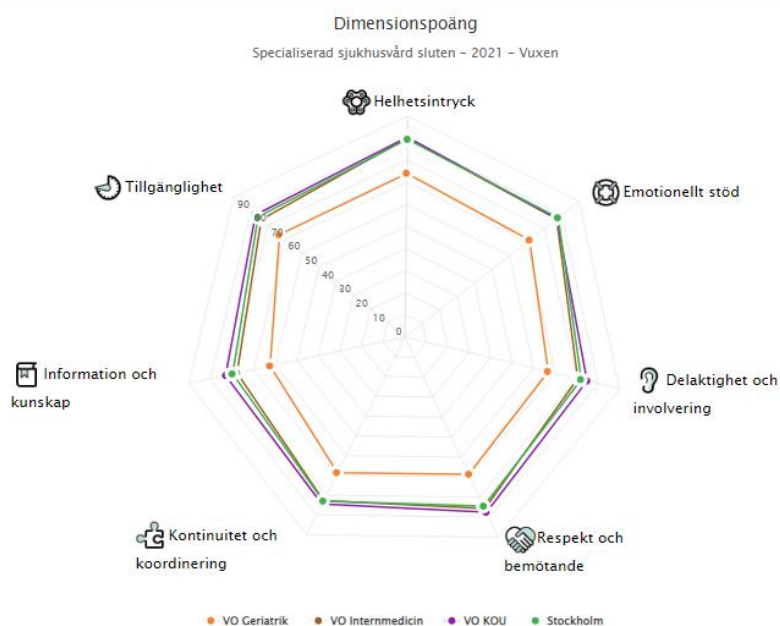


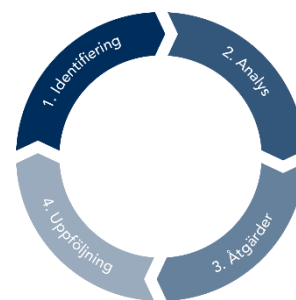
Bild 4. Dimensionspoäng från patientenkäten år 2021, fördelat på Geriatrik, internmedicin och kirurgi-urologi och ortopedi.

Patienter och/eller anhöriga erbjuds att delta vid händelseanalyser och verksamhetsområdet strävar efter att öka andelen patientmedverkan även i förbättringsarbeten. Nolltolerans för dåligt bemötande gäller på alla avdelningar.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Verksamhetsområdet har flera processområden som ständigt är aktuella. Det finns ett behov att stärka egenkontrollen av omvårdnadsområden som inte innefattas av obligatoriska kvalitetsindikatorer som redovisas till exempelvis Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen och Smittskyddsläkare. Under 2022 utförs egenkontroll PVK.

En stor del av befintliga kvalitetsindikatorerna för verksamhetsområdet består riskbedömningar patienten och skapa en åtgärdsplan för att minska riskerna. Det finns ett behov från enheterna att skapa mer förståelse kring kvalitetsindikatorerna och de handlingsprogram som finns för respektive område. Detta kan göras genom utbildning på respektive enhet, vid inskolning, genom omvårdnadsledare eller annan utsedd person.



Trycksår akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	89 %	89 %
Andel med aktivitetsplan	59 %	53 %
Andel trycksår grad 2-4	0,41 %	0,53%

Trycksår geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	99 %	98 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	87 %	80 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	98 %	87 %

Fall akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	79 %	78 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	76 %	69 %

Fall geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	98 %	98 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	95 %	84 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	98 %	91 %

Urinretention akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	86 %	86 %

Nutrition akutsomatik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	77 %	78 %

Nutrition geriatrik (kontinuerlig mätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda	95 %	95 %
Andel riskpatienter med aktivitetsplan	91 %	87 %
Risker överförda till nästa vårdgivare	96 %	78 %

Konklusion

Andelen riskbedömda patienter är oförändrade mellan åren 2021-2022. Andelen riskpatienter med ordinerade åtgärder i aktivitetsplan ökade inom flera områden. Geriatriken har förbättrat resultaten inom flera områden.

Anmälningspliktiga resistenta bakterier akutsomatik (MRSA, Punktprevalensmätning)

	2022	2021
Andel riskbedömda och korrekt provtagna enligt handlingsprogram	77%	69 %

Bristande rutiner och förståelse för handlingsprogram hos medarbetarna gjorde att resultatet för indikatorn blev negativt. Flera åtgärder har vidtagits, bland annat journalgranskningar, gröna korset, information till medarbetarna och lathundar för provtagning.

Basala hygienrutiner och klädregler

	2022	2021
Andel enheter som mätt BHK en gång per halvår med resultat över 80 %	100 %	100 %

100 % av verksamhetsområdet enheter klarade målet.

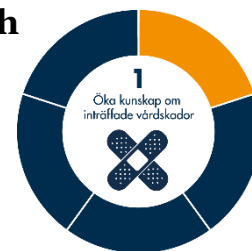
Verksamhetsområdet följer även ”akutflödet” och deltar i förbättringsarbeten som påverkar ”door-to-door-tiden”.

Uppföljning av NEWS2 och kunskaperna kring åtgärdstrappan kommer att följas under 2022. Flera händelseanalyser pekar på brister kring hur NEWS2 har använts, följsamheten till ordination och vilka åtgärder som satts in. Under året har

Öka kunskap om inträffade vårdskador för lärande och förbättringar**Vårdavvikelser, händelseanalyser och Lex Maria**

Avvikelser

År	Antal rapporterade avvikelser
2021	346
2022	361



Antalet rapporterade avvikelser har under 4 år nästintill halverats.

Flera sticksador har under året anmälts och en grupp har tillsatts för att minska stickskadorna.

- Flera avvikelser inom basal omvårdnad har identifierats och hjälpmedel för att öka säkerheten har tagits fram, ”omvårdnadsstandard” och ”SEUPP”.
- Avvikelser i samband med överföring av patienter mellan vårdavdelningarna har uppmärksamats och en grupp som leds av omvårdnadsutvecklaren har tillsatts. Uppdrag för en dokumentationsgrupp har utformats.
- En smärtrutin för verksamhetsområdet har tagits fram

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamhetsområdet via 1177, patientvägledare, PaN, IVO tas emot av verksamhetschef och fördelas till respektive chef för svar eller besvaras direkt.

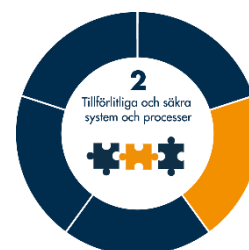
Ärenden	
<i>Inspektion för Vård och Omsorg</i>	9
<i>Patientnämnden</i>	3
<i>Externa vårdgivare</i>	16
<i>Övriga avvikelser, exempelvis via mail</i>	2

Vid klagomål och händelseanalysen har följande förbättringsområden identifierats, omvårdnadsdokumentation, trycksårspåbyggande åtgärder, kunskap om NEWS och vård i livets slutskede.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Identifierade risker:

- Risk för brister i riskbedömning
- Risk för brister i NEWS2
- Risk för brister i läkemedelshantering
- Risk för rondchecklista
- Risk för bristande omvårdnadsrunda
- Risk för brister i palliativ vård/vård i livets slutskede
- Risker för bristande omvårdnadsdokumentation
- Risk för felhantering av infarter



Säker vård här och nu

- Omvårdnadsronder för att säkerställa god vård.
- Avvikelsehantering lett till säkrare läkemedelshantering
- Planerad utbildning palliativ vård under 2023
- Förbättrad introduktion för nyanställda
- Ökat chefernas riskmedvetenhet i patientsäkerhetsarbetet
- Anslag på tv-apparater personalrum
- Fallförebyggande grupp
- Uppmanat medarbetarna att skriva avvikelserapporter
- Verksamhetsutvecklare och omvårdnadsledare har dragit händelseanalyser på avdelningar
- Hörsammat anhörigas och patienters syn på vården
- Förbättrat bemanning för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten på avdelning
- Förbättrat hanteringen av Perifer venkateter
- En avdelning deltar i kateter projekt för att minska kateterrelaterade uvi och blåsöverfyllnad
- Utbildning i EDA
- Tagit fram spädningsschema



Stärka analys, lärande och utveckling

- Verksamhetsområdet har arbetat med ”realtidsdata” under året för att öka andelen riskbedömningar vid inskrivning.
- Förbättrat förståelsen och implementerat förbättringstavlor på samtliga avdelningar.
- Arbetat med riskanalys inför nya arbetsmoment i vården. Händelseanalyser används som verktyg vid misstänkt vårdskada.
- Omvårdnadsronder används som verktyg för lärande och utveckling inom hela området. Lärande och utveckling sker i ledningsgruppen ökat patientsäkerhet.
- Verksamhetschef granskar avvikelserapporter inom verksamhetsområdet för att identifiera risker och händelser.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under 2022 har verksamhetsområdet arbetat med gemensamma standarder t. ex. SEUPP.

Internt lärande och identifiering av kunskapsbrister.

Under året har vi identifierat att nya sjuksköterskor behöver stärka kunskapen i läkemedelshandlingen. Det har också identifierats brister i palliativ vård och vård i livets slutskede. Utbildning har skett via KTC och genom verksamhetsområdet.

Verksamhetsområdet har tagit fram en ”driftstoppslåda” för material vid eventuellt IT-brott eller vid andra tekniska problem som avbrott i patienternas ringsignalsystem. Lådorna, som är lika på alla avdelningarna, finns på alla enheter inom verksamhetsområdet. Innehåller allt från pappersjournaler till diktafoner samt manuella rutiner vid driftstopp.

Medarbetarna uppmanas till att skriva avvikelser på uppmärksammade brister i vården. Kännedom om händelseanalyser och riskanalys ges till regelbundet till personalen.

En engagerad ledning och avsatta resurser för att arbeta med patientsäkerheten är verksamhetsområdets framgångsfaktorer

Mål, Strategier och Utmaningar för kommande år

VO Vård har en verksamhetsplan där alla mål för verksamheten är siffersatta och aktiviteter för att nå målen finns formulerade. Denna bryts sedan ner på avdelningsnivå där man tar fram egna aktiviteter för att nå mål.

Målet är att fortsätta att skapa en patientsäkerhetskultur där medvetenhet om att varje skriven avvikelse är en möjlig förbättring och att alla i organisationen är viktiga för att bidra till en patient säkrare vård. Strategierna är att uppmana till att skriva avvikelser och se möjliga förbättringar. Varje chef har som mål att inrätta ett systematiskt medarbetardrivet förbättringsarbete. Chefen behöver vara vägvisare och ledningsgruppen kan vara en förebild i arbetssättet. Återkoppling av avvikelser är viktigt som en del i att stimulera till patientsäkerhetsarbetet.

Under året har flera händelseanalyser genomförts och målet är att involvera fler medarbetare i att delta och så småningom lära sig att leda analyser. Utvecklingen behövs i att redovisa analyser och att följa upp åtgärder behövs.

För att upprätthålla kvalitet (då realtidsdata saknas) krävs tid för att journalgranska vilket dock görs på flera enheter.

Stort fokus ligger under året på att standardisera omvårdnadsdokumentationen som är en nödvändighet för att få ut kvalitetsdata ur journalen och sträva efter realtidsdata.

Att minska personalomsättningen på sjuksköterskor är ett mål då omsättningen ligger runt 20 %. Strävan efter en god arbetsmiljö med rätt bemanning och antalet patienter per sjuksköterska är en strategisk fråga som får stort fokus under 2022.

VO Vård inkluderas i studien Magnet4Europa, där stort fokus ligger på omvårdnadsprofessionen, kompetens, ledarskap och arbetsmiljö är grundpelare i Magnetmodellen. Studien innebär bl. a att en GAP-analys görs och det kommer att ge en ”draghjäl” i arbetet med att bli en attraktiv arbetsplats där sjuksköterskor vill jobba och stanna kvar, där det också finns interna karriärmöjligheter. Framförallt gagnar modellen patienten i form av en förbättrad omvårdnad.

För undersköterskor finns en roll att söka, vårdledande undersköterska, syftet med rollen är att skola in nya kollegor och att arbeta med förbättringsarbeten. Målet är att ha en vårdledande undersköterska per avdelning och minst en steg-5 sjuksköterska/omvårdnadsledare.

Bilaga 1. Tabell för arbetsprocesser och system

Verksamhetsområde:

	Process/system	Status	Åtgärdsplan (vid röd färg)
	Risk för bristande patientsäkerhet		
1	Risk för bristande kunskaper av omvårdnadens riskbedömningar		Förbättring av dokumentation Utbildning av personal Gröna korset
2	Risk för bristande kunskaper i fallprevention		Fallpreventiv grupp Planerat AI-projekt I fallprevention
3	Risk för bristande följsamhet av handlingsprogram gällande Anmälningsskyldiga resistenta bakterier		Gröna korset Fokusmånad I årshjul Hjälpmiddel för bedömning
4	Risk för bristande omvårdnadsdokumentation		Dokumentationsgrupp samt Magnet-Omvårdnad
5	Risk för brister i läkemedelshanteringen av nyanställda		Utbildning för nyanställda via KTC
6	Risk för bristande följsamhet av rutin NEWS2.		Journalgranskning av specifik indikator per enhet
7	Risk för bristande kunskaper kring medicinsk teknik		Utbildning av Medicinsk teknik
8	Risk för bristande följsamhet av omvårdnadsrundor - SEUPP		Uppföljning i ledningsgrupp samt Magnetteam.
9	Risk för felhantering av infarter.		Utbildning via KTC. Efterlevnadskontroll av PVK
10	Risk för bristande följsamhet till rondchecklista		Uppföljning via ledningsgrupp och VEC. Samarbete med MLA.

Förklaring

	fungerar
	arbete pågår, hinder finns
	arbete ej påbörjat p.g.a. hinder, arbete ej påbörjat