

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Hässelby/Vällingby socialpsykiatri
Gruppbostäderna Ekeby och Paradsängen

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

1/3 2013

Carina Forsberg Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning
Övergripande mål och strategier
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Struktur för uppföljning/utvärdering
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Uppföljning genom egenkontroll
Samverkan för att förebygga vårdskador
Riskanalys
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
Hantering av klagomål och synpunkter
Sammanställning och analys
Samverkan med patienter och närstående
Resultat
Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning Hässelby/Vällingby socialpsykiatri

Åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten

Ansvarig sjuksköterska på boendet har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut samt läkemedelsavvikelser. Boendestödjare och brukare har haft möjlighet att kontakta sjuksköterska dygnet runt. Samverkansmöten med Psykiatri Centrum Väst har genomförts kvartalsvis. Då flera brukare insjuknade i svår somatisk sjukdom inleddes ett samarbete med ASIH och karolinska sjukhuset.

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll

Egenkontroll sker systematiskt inom Aleris Omsorg AB. Enheterna är ISO certifierade inom kvalitet och patientsäkerhet är integrerat i ledningssystemet.

Risker för vårdskador har identifierats och hanterats

Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med boendestödjarna kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/boendes pågående hälso-, och sjukvårdssatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Sjuksköterskan gör kontinuerligt riskbedömningar (suicidrisk, risk för hot och våld, depressionsbedömningar, ADL bedömningar mm). Sjuksköterskan gör även bedömningar om andra yrkeskategorier skall kopplas in, så som sjukgymnast, arbetsterapeut och/eller dietist.

Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser

Rapporteringen har skett på särskilt dokument under 2012. Boendestödjare alt sjuksköterska skriver en avvikelse som sedan följs upp av verksamhetschef alt sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras. Samtliga avvikelser skrivs ut och hela handlägningsprocessen går att följa för samtliga medarbetare. Även detta är ett arbete som kommer att fortgå under 2013. För de boende som är utskrivna enligt Öppenpsykiatrisk tvångsvård har vi som krav att ansvarig sjuksköterska skall närvara vid upprättande av samordnad vårdplan.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål

Det finns dokumenterade synpunkter och klagomål från både patienter närstående under 2012. På enheten finns blanketter för synpunkter klagomål tillgänglig för alla. Möjlighet att vara anonym finns om man vill.

Boendemöte genomförs varje vecka, där synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Enheterna har även en BISAM som har i uppgift att säkerställa brukarinflytande.

Patienter och närstående involvering i patientsäkerhetsarbetet

Patienter/boende och närstående deltar vid vårdplaneringar, samt träffar ansvarig sjuksköterska regelbundet och vid behov. Då fokus är de sociala insatserna är det fokus på delaktighet i genomförandeplaner m.m.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna i Aleris Omsorgs Affärsplan för 2012 och innebär att verksamheterna skall bedriva en god och säker vård av god hygienisk standard. Det övergripande målet är att arbeta för att öka patientsäkerheten för brukarna. Andra mål är att minska antalet brukare med felaktig medicinering, förbättra/utveckla och säkerställa dokumentationen samt att arbeta förebyggande med risk och säkerhetsanalyser för att minska vårdskador. Vårt ledningssystem beskriver roller och ansvar. Verksamhetschefen säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Aleris Omsorg AB ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Målen för socialpsykiatri i Hässelby/Vällingby har varit att personal skall stödja den boende i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Den boende ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Detta genomsyrar hela verksamheten. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje enskild individ individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga inläggning på psykiatrisk vårdavdelning.

Metoden som varit i fokus under 2012 är ESL "ett självständigt liv" som innebär att höja de mest grundläggande färdigheterna i det vardagliga livet. Inom ESL talar man om olika "livsområden". Det handlar om att kunna sköta sin egen medicinering, den personliga hygien, knyta sociala kontakter, uppmärksamma tidiga varningstecken när man mår sämre osv. Denna metod är en del i psykiatrisk rehabilitering som vi kommer att fortsätta arbeta med under 2013.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är oerhört viktig för att säkerställa hälso- och sjukvårdsinsatserna för patienten/den boende. All berörd personal är informerade om gällande riktlinjer och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid kvalitetstillsyner, egenkontroller etc. Sjuksköterskan för HSL journal i VODOK medan boendestödjarna dokumenterar enligt SoL i ParaSol. Detta är en ökad risk ur ett patientsäkerhetsperspektiv då vi identifierat avvikelser gällande informationsöverföring. Sjuksköterskan får ofta dubbel och ibland även trippel dokumentera, vilket har lett till avvikelser i dokumentationen. Under 2013 kommer sjuksköterskan att skriva ut omvårdnadsstatus, vårdplaner och anteckningar av vikt, efter samtycke från patienten/brukaren, för att göra dessa tillgängliga för boendestödjarna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

Aleris Omsorg, socialpsykiatri i Hässelby/Vällingby, ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna skall erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Verksamhetschef enligt HSL 29 § ansvarar för att verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner fastställda av MAS. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk, till Socialstyrelsen.

Inom Hässelby/Vällingby socialpsykiatri har verksamhetschefen ansvar enligt § 29 HSL och har ansvarat för och även utfört HSL uppdraget sedan maj 2012. Fram till maj 2012 fanns en sjuksköterska och en verksamhetschef, vilket innebär att utförandet av HSL uppgifterna var delegerade. Verksamhetschefen är legitimerad sjuksköterska och har ansvarat för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. Hon har också ansvarat för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas samt för omvårdnadsdokumentationen som sker i VODOK.

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24 § och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§. Socialpsykiatri i Hässelby/Vällingby skall följa riktlinjer och rutiner framtagna av kommunens MAS i Hässelby/Vällingby.

Genom årlig kartläggning följer Aleris MAS upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården samt redovisar dessa till Aleris ledning.

Boendestödjarna 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 inom Hässelby/Vällingby socialpsykiatri.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Övergripande mål och strategier finns i Aleris Omsorgs Affärsplan.

Uppföljning och utvärdering sker på olika nivåer vilka är: individnivå, verksamhetsnivå och ledningsnivå.

Individnivå: förebyggande riskanalyser, upprätta vårdplaner, upprättande av samordnad vårdplan tillsammans med landsting och kommun.

Verksamhetsnivå: avvikelshantering i Aleris ledningssystem samt i Stockholms Stads paraplysystem

Ledningsnivå: återkoppling av avvikelser som har betydelse för patientsäkerheten, analyser och handlingsplaner följs upp.

Alla medarbetare har kunskap om hur Aleris Omsorg rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet har befogenhet att besluta om kvalitetshöjande åtgärder. Avvikelseuppföljning har skett i dessa forum samt på APT gemensamt med samtliga medarbetare.

Varje vecka har sjuksköterska och boendestödare uppföljning kring hälso- och sjukvårdsinsatser för samtliga brukare.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-.

Under 2012 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet. Regelbundna genomgångar (minst två gånger i månaden) med SSK och boendestödare gällande de boendes/patienternas hälsa (somatiskt och psykiatriskt) har genomförts. Samarbete med ASIH har varit en viktig patientsäkerhets åtgärd då en av våra brukare insjuknade i lungcancer och var i behov av palliativ vård.

Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker har genomförts. Sedan augusti månad har majoriteten av brukarna träffat sin psykiatriker på Psykiatri Centrum Väst.

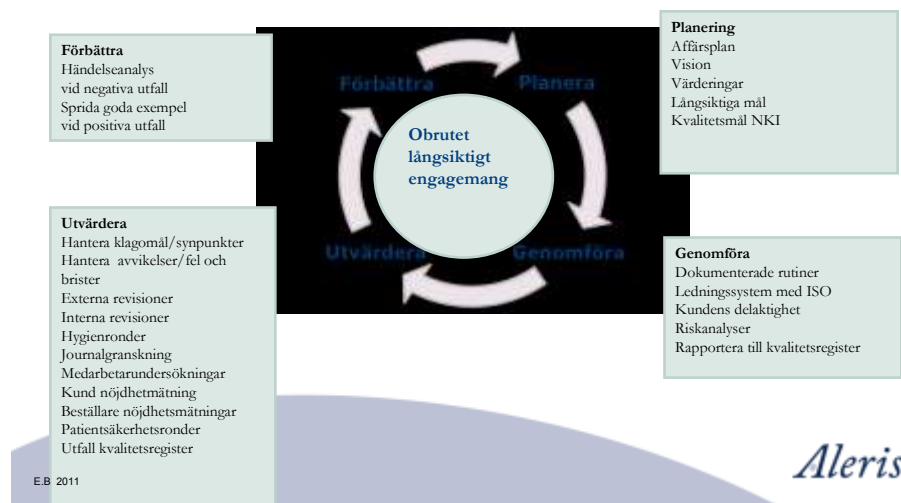
Granskning av verksamheternas läkemedelshantering med en extern farmaceut har genomförts, med mindre avvikelser som därefter åtgärdats.

Samtliga boendestödjarna har genomgått tandvårdsutbildning och flera kortare utbildningar i dokumentation. Samtliga medarbetare som har fått delegering har genomgått en 4 timmars utbildning i farmakologi. Samtliga medarbetare har fått genomgång av Lex Maria, HSL och Patientsäkerhetslagen. Med anledning av att flera brukare insjuknade i svår somatisk sjukdom inleddes ett samarbete med ASIH och Karolinska sjukhuset för att utbilda och stödja personalen.

En årsplan finns för 2013 gällande utbildningar och genomgångar.

Fyra medarbetare har utbildats i psykiatrisk rehabilitering och kommer att, tillsammans med verksamhetschefen, ansvara för implementeringen av detta.

Aleris har en kontinuerlig och systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten



Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll har genomförts två gånger under 2012, maj och november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare och kvalitetsombud. Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för verksamhetsutveckling.

Intern och extern revision

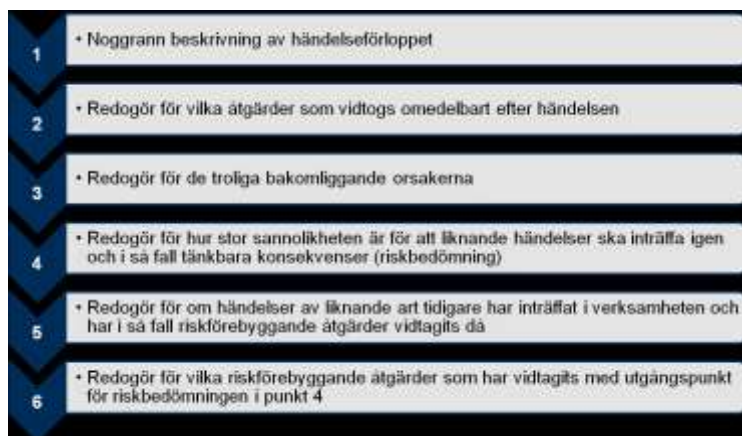
En intern revision genomfördes i oktober. Den interna revisionen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. I den interna revisionen identifierades brister i signeringslistan gällande uppföljning av vid behovsmedicinering. Brister i uppföljning gällande Lex Sarah riktlinjer samt basala hygienrutiner uppmärksammades vid samma tillsyn. Detta är nu åtgärdat.

Externa revisioner består av systematisk genomgång av våra rutiner och följsamheten till gällande lagstiftning och avtal. Ingen sådan revision genomfördes under 2012 men är inplanerad 2013 i Hässelby/Vällingby.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker i hälso- och sjukvården. När kunskap om risker finns, ökas även kunskapen om hur dessa kan minimeras och förebyggas.

Vid allvarliga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser av samma karaktär genomförs alltid en händelseanalys enligt nedan:

Vid allvarliga avvikelser eller identifierade vårdskador skall alltid en händelseanalys genomföras



Kundnöjdhet mäts på enheterna en till två gånger per år. Här redovisas den senaste mätningens resultat:

Paradsängen – svarsfrekvens 52 %

Fråga	Ja	Nej
Möts du med respekt här?	82% (9 av 11)	18% (2 av 11)
Får du stöd i arbetet med att nå dina mål?	73 % (8 av 11)	27 % (3 av 11)
Skulle du rekommendera oss till andra	73 % (8 av 11)	27 % (3 av 11)

Ekeby – svarsfrekvens 79 %

Fråga	Ja	Nej
Möts du med respekt här?	79 % (15 av 19)	16 % (3 av 19) (1 av 19 svarade ibland)
Får du stöd i arbetet med att nå dina mål?	84 % (16 av 19)	11 % (2 av 19) (1 av 19 svarade ibland)
Skulle du rekommendera oss till andra	84 % (16 av 19)	16 % (3 av 19)

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Då vi endast har ansvar upp till sjuksköterskenivå (på entreprenad) följer vi kommunens avtal med läkare. Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavandet av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdsenheten för att erbjuda nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård.

Samverkan med uppdragsgivare

VC/SSK har under 2012 varit i kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det. Inga regelbundna möten har varit aktuellt.

I samband med misstanke om MRSA och ESBL utbyttes information och det fanns ett gott samarbete för att förebygga vårdskador.

Möten med socialpsykiatriska enheten har skett månadsvis (VC/SSK har närvarat vid alla tillfällen). Gemensam rutin för inflytt till gruppbostäderna har upprättats.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. HSL genomgång är planerad till varje vecka. Boendestödjarna har tillgång till sjuksköterska via telefon dygnet runt.

I slutet av 2012 påbörjades arbete med att aktivt tillsammans verka för att brukarna erbjuds en Samordnad Individuell Vårdplan.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Aleris Omsorg har i vårt ledningssystem rutiner för risk och säkerhetsanalys. Verksamhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp.

Riskhantering

Riktlinjer för när och hur säkerhetsanalyser ska genomföras.

Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Säkerhetsanalys genomförs:

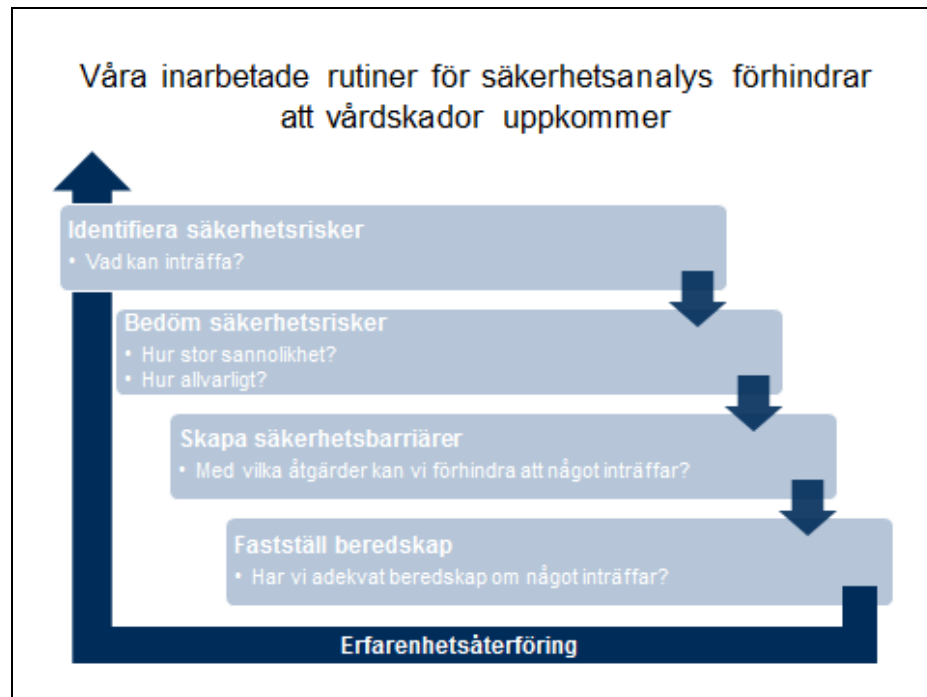
Vid behov inom befintlig verksamhet

– risker identifierade

– allvarliga avvikelser identifierade och upprepning ska förhindras

Alltid när ny alternativt förändringar i verksamhet planeras

Säkerhetsanalyserna genomförs enligt denna schematiska bild.



Riskbedömningar utförs minst två gånger per år samt vid förändringar i patientens/den boendes hälsa. Dessa görs gemensamt med den boende, dennes kontaktperson och SSK. Vid behov deltar samordare och övriga medarbetare. Dessa ska dokumenteras enligt befintlig mall i ledningssystemet samt i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan ska fortlöpande göra riskanalyser i VODOK. Som risk för vårdskador räknar vi bl.a: *bristande delegeringar, brister i läkemedelshanteringen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), neuroleptikabehandling, försämring i psykiatrisk status*

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Alla medarbetare har kunskap om hur Aleris Omsorg och Stockholm Stads rutiner för rapportering av avvikelser är och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS.

Hantering av uppkomna avvikelser

Funktion	Steg	Aktivitet	Anmärkning
All hälso- och sjukvårdspersonal Alla medarbetare omsorgs personal / Praktikanter Uppdragstagare ↓	1	Identifierar uppkomna avvikelser/risker, negativa händelser inklusive <u>klagomål</u> från vårdtagare/närstående/uppdragsgivare samt avvikelser framkomna vid interna och externa revisioner.	
↓	2	Rapporterar muntligt till närmaste chef och MAS om så erfordras.	AKUT HÄNDELSE SOM KRÄVER OMEDELBAR ÅTGÄRD.
↓	3	Rapporterar händelsen på blankett avsedd för avvikelsehantering. I rapporten ska det framgå typ av avvikelse, beskrivning av avvikelse/förbättringsbehov, bakomliggande orsak, eventuell omedelbar åtgärd	AVVIKELSERAPPORT
↓	4	Överlämnar rapporten till tjänstgörande sjuksköterska för bedömning	
VC	5.	Ansvarar för att relevanta åtgärder genomförs för att förhindra upprepning av händelsen. Vi allvarliga händelser genomförs en <u>händelseanalys</u>	
VC	6	Bedömer och graderar inkomna avvikelser enligt dessa kriterier Gradering 1. Mindre inte lett till någon vårdskada /fel och brister/risk 2. Måttlig lett till en måttlig vårdskada/missförhållande/risk 3. Betydande allvarlig vård skada /missförhållande /risk 4. Katastrof lett till allvarlig vårdskada/missförhållande/risk	Checklista
Funktion	Steg	Aktivitet	Anmärkning
	7	Återkoppling till berörda personal	
VC	8	Skickar sammanställning över samtliga inkomna avvikelser en gång/månad till MAS	MAS riktlinjer
MAS	9	Granskar sammanställning över inkomna avvikelser från samtliga enheter en gång/månad. Identifierar eventuella systemavvikelser samt om det föreligger avvikelser som kan bli föremål för Lex Maria	

MAS	10	Följer upp att vidtagna åtgärder har fått önskad effekt.	
MAS	11	Återkoppling till berörda parter	

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan tas emot skriftligt och muntligt. Blanketterna för klagomålshantering används och har under året utvecklats till att vara mer användarvänliga. Inom tre dagar ska verksamhetschefen ha bekräftat mottaget klagomål och inom en vecka skall klagomålet hanteras.

Alla medarbetare har kunskap om Aleris Omsorg och Stockholm Stads hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part.

Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

Klagomål och synpunkter tas upp i samband med boendemöten. Dessa möten skall protokollföras och finnas tillgängliga för samtliga boende/patienter. Enheternas BISAM (Brukarinflytandesamordare) har i uppdrag att våra brukare i att framföra klagomål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse och klagomål har under 2012 sammanställts av verksamhetschef och sjuksköterska i samråd med medarbetare. En genomgång av inkommet klagomål eller avvikelse sker tillsammans med medarbetarna på APT.

Verksamhet	läkemedel	Suicid/ suicidförsök	Bemötande	annan vård- givare
Ekeby	25	0		0
Paradsängen	10	0		1

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid behov och/eller enligt önskemål kontakter sjuksköterska patienter och närstående. Patienter/brukare och/eller deras närstående kan när som helst ta kontakt med sjuksköterskan för samtal.

Samverkan med patient och närstående

Alla brukare/patienter får möjlighet att delta aktivt i sin vård genom att delta i utformandet av vårdplaner och genomförandeplaner. Tillsammans med sjuksköterskan förs en diskussion kring huruvida egenvård alt. egenvård med stöd gällande läkemedel kan vara aktuellt. Närståendeträffar har genomförts vid två tillfällen under 2012. Om patienten/brukaren vill att den närstående eller företrädare skall delta i planering som görs det, dock är det inte vanligt i dessa verksamheter. Då fokus framförallt är stöd till ett självständighet samt psykiatrisk rehabilitering krävs samverkan med patient/brukare för att kunna uppnå något resultat.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultatmått

Inga nya konstaterade vårdrelaterade infektioner

11 brukare/patienter har varit i behov av slutenvård under 2012.

Tre Hot och/eller våld incidenter under 2012.

Inga suicidförsök eller fullbordat suicid.

Bifogar separat sammanställning av avvikelser som skickats till MAS

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet för båda enheterna under 2013

1. Att säkerställa arbetet med riskbedömningar avseende suicidrisk, återfall i psykisk sjukdom och risk för hot och våld
2. Att säkerställa läkemedelshantering
3. Att säkerställa hälso-, och sjukvårdsdokumentationen samt att samtliga patienter/boende skall ha kompletta och aktuella omvårdnadsjournaler
4. Samtlig personal skall ha gått HLR utbildning
5. Samtlig personal skall ha genomgått webb baserad utbildning i basala hygienrutiner
6. Ökad självständighet för de boende/patienterna

Detta kommer att ske genom att kontinuerligt erbjuda utbildning till personal i ovanstående områden, fasta dagar för HSL genomgång samt kontinuerlig uppföljning av avvikelshantering och delegeringsbeslut. Detaljerad planering återfinns i verksamhetsplan och årsplaneringen för verksamheten.