



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse

Koppargårdens vård- och omsorgsboende
År 2014

2015-03-12

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

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

Under året har samordnare för hälso-och sjukvården granskat nästintill alla boendes journaler och resultatet visar att alla boende har en aktuell omvårdnadsanamnes och status, samt alla har utförda riskbedömningar så som Down Ton, Modifierade Norton skala, MNA Initial/ slutgiltig och utifrån poängskalan har respektive OAS upprättat omvårdnadsplaner och omvårdnadsåtgärder. Alla berörda sjuksköterskor fick återkoppling gällande dokumentation.

Under året har vi arbetat utifrån socialstyrelsen synpunkter gällande tidigare anmälningar av lex Sarah och lex Maria i syfte att säkerställa kvalitén så att alla patienter har en kvalitetssäkrad omvårdnadsplan i Vodok dokumentationssystem.

Under året 2014 har sjuksköterskor fortsatt arbeta med att registrera i kvalitetsregister. Så gott som alla boende är registrerade i Senior alert, samtliga boende har en aktuell riskbedömning. Utifrån riskbedömningens poängskalan har man ordinerat och utfört relevanta omvårdnadsåtgärder samt att bestämt tid för uppföljning för att utvärdera dessa åtgärder.

Under året -14 är alla patienter som avlidit på enheten registrerade i palliativa registret.

Utbildningar under året

Sjuksköterskor:

- Äldre och diabetes 2 heldagar
- Att bemöta äldre med demens diagnos
- Smärta och farmakologiska behandlingar
- Smärt och icke farmakologiska behandlingar
- Hygien utbildning
- Äldre och läkemedel

Omvårdnadspersonal:

- Demens utbildning (för de som arbetar på demensavdelning)
- Utbildning i munvård via Flexident
- Webb utbildning i basala hygienrutiner
- Brandutbildning

Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska deltog i 2 heldagarsutbildning i BPSD. Dock vi har ännu inte hunnit komma i gång med registrering.

Under hösten har all personal haft planeringsdagar gällande den Värdegrund som vi arbetar med. Hur vi ska arbeta för att få våra boende skall uppleva och känna

trygghet, medbestämmande och tillit. En av våra sjukgymnaster är värdegrundsledare och kommer att tillsammans med cheferna arbeta fram ett arbetssätt gällande värdegrundsarbetet.

Övergripande mål och strategier

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

Vi arbetar utifrån stadens struktur för ledningssystem för att utveckla och säkra samtliga krav, mål, organisation, rutiner, metoder enligt gällande författningar. Koppar gårdens mål och strategi för 2014 har varit att:

- Förbättra dokumentationen med risk inventering och vårdplaner med åtgärder och uppföljning
- Utveckla avvikelshanteringen i alla led
- En god och säker vård av god hygienisk standard
- Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, undernäring, trycksår, smärta, ångest och oro

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nämndens ansvar

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 1982: 763, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- svarar för att rutiner implementeras och följs .
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Verksamhetschefen svarar för att MAS/MAR ges förutsättningar, möjligheter och tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

I de ledningsuppgifter som åligger MAS/MAR enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1369) är MAS/MAR inte underställd verksamhetschefen eller någon annan tjänsteman i kommunen. MAS/MAR har således en fristående och oberoende roll och ett personligt ansvar för hur uppdraget fullgörs.

MAS/MAR är en viktig resurs som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor och har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet (SOSFS 1997:10). MAS/MAR ansvarar för att utifrån sin funktion och omvärldsbevakning i vårdutvecklingsfrågor en uppgift att medverka i utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården. Därför är samråd med MAS/MAR en förutsättning för uppdraget inom områden som rör

- organisation
- planering av ny verksamhet
- framtagning av sjukvårdspolicy
- användning av resurser och kompetens
- personalplanering och rekrytering
- upphandling
- planering av introduktion och kompetensutveckling

MAS ansvarar för att se till att lagar och föreskrifter följs och ska

- upprätta rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård.
- följa upp avvikelshanteringen och besluta om anmälan enligt Lex Maria
- utövar sitt ansvar genom att planera, kontrollera, styra, dokumentera och redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.
- informerar verksamheterna om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård.
- medverkar i utarbetandet av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården samt deltar i riskinventeringar och förebyggande åtgärder.
- MAS/MAR har delegering från nämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen om en boende i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.
- I MAR ansvaret ingår att säkerställa hög patientsäkerhet inom den rehabilitering som bedrivs inom den kommunala äldreomsorgen. Ansvarsområdet innefattar också en del riktlinjer och rutiner för användning av medicintekniska produkter och fallskadeprevention.
- MAR ansvarar för att kontrollera att dessa följs och är kända i verksamheterna samt granskar att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournallagen

-
- MAR/MAS har delat ansvar för riktlinjer och rutiner som styr användning av medicintekniska produkter samt kontrollerar att rutiner följs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

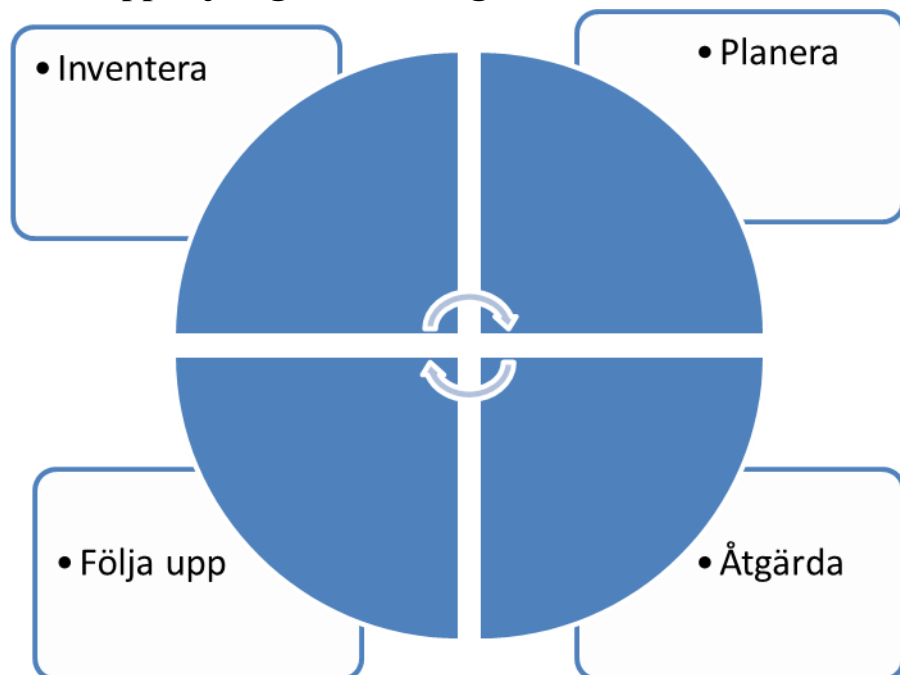
- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroll

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

Omvårdnads personal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering



I verksamheten arbetar vi utifrån ovanstående modell.

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

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapportera händelser direkt till legitimerad personal, ansvarig biträdande enhetschef och sjuksköterskan informerar boende/närstående. När avvikelser bedöms allvarig rapporteras detta även till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras. Vid allvarig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt kontakt med MAS-/MAR.

Avvikelse som inträffat tar sedan enhetschefen upp på morgonrapporten där all yrkesgrupp är representerade. Därefter har varje arbetsgrupp ett teammöte där avvikelser som inträffat tas upp. Vi kartlägger var, hur och när händelsen inträffat och genom att göra en intern utredning och därefter tas beslut om åtgärder som sedan följs upp av kontaktpersonen och legitimerad personal. Legitimerad personal dokumenterar i vodok och gör riskbedömningar samt kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån socialstyrelsens anvisningar som skickas till Mas/Mar varje månad.

Verksamheten har ett kvalitetsråd där verksamhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterskor, rehab personal och omvårdnadspersonal är representerade. På kvalitetsrådet tar vi upp de händelser som hänt under föregående månad. Det är avvikelser som fall, trycksår, smittspridning, synpunkter/klagomål. Alla avvikelser och diskuteras, analyseras för att hitta orsak och därigenom sätta in lämpliga åtgärder. Därefter tar vi upp avvikelserna på varje avdelning med respektive grupp på arbetsplatsträffar och reflektionsmöten. Vi för minnesanteckningar på kvalitetsråden och sjuksköterskorna skickar kvalitetsindikatorerna till MAS/MAR varje månad.

För övrigt genomförs ramavtalsuppföljning, kvalitetsuppföljning av läkemedelshandlingen, hygienrund, e-baserad hygienutbildning och kontroll av medicinsktekniska produkter enligt gällande rutin.

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2014 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser/avvikelse som sedan följs upp med samtlig personal kategorier.

Eftersom vi infört arbetet med Senior alert så har vi kontroll över vilka risker våra boende kan utsättas. Riskbedömningarna är därför en del av vårt kvalitetsarbete.

Vi har under året haft granskningar och uppföljningar såsom:
Ramavtalsuppföljning, Apoteksgranskning, Kvalitetsindikatorer,
riskbedömningar i egna hemmet, larm och skyddsåtgärder,
läkemedelsuppföljning/genomgång, samverkansavtal med landstinget.

Antal avvikelser 2014: 421 avvikelser

<i>Indikator</i>	<i>Läkemedel</i>	<i>Fall</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Vårdkedja</i>	<i>Omvårdnad/ Rehabilitering</i>
<i>Antal</i>	43	355	11	12	0

Uppföljning genom egenkontroll

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

Infektionsregistrering har utförts, vi följer observation och självskattningen gällande basala hygienrutiner. Följsamhet till basala hygien och hygien rutin och klädrutiner genom observation en gång/ månad samt självskattning. Vi har nära samarbete med hygien sjuksköterska i staden där vi utbildar all personal i hygien rutiner.

När det gäller granskning och säkerställande av ställda krav avseende dokumentationen granskar vi journalerna utifrån en checklista. HSL samordnarna journal granskar 4-5 boende/ månad återkopplar till berörda sjuksköterskor, enhetschef/verksamhetschef

Kvalitetstillsyn genomförs årligen av MAS/ MAR och kvalitetstillsynen är en kontroll av att riktlinjer och rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

Periodisk funktionskontroll av medicinsk tekniska produkter utförs, registrerar kontrollerar kondition av produkterna och gör en bedömning av behov av underhåll, investering och utbildningsinsatser av medarbetarna.

Alla förskrivna hjälpmedel registreras på boende med inventarienummer och samlas i pärm samt även alla hjälpmedel som är inköpta till huset.

Sjukgymnaster/ arbetsterapeuter kontrollerar regelbundet underhållsbehovet. Verksamhetschef ansvarar för att besiktning av taklift och mobila liftar sker årligen. Regelbunden besiktning av vårdängar.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer:

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd vid eventuella risker uppdateras en åtgärdsplan.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer och riskbedömningar är antalet:

– utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.

- utförda inkontinensutredningar.
- infektioner och ordinerad antibiotikabehandling, samt infektionsregistrering inför eventuellt antibiotika behandling.
- utförda läkemedelsgenomgångar.
- fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet falloolyckor.
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).

Antal boende inom verksamheten: 338 2014-01-01 till 2014-12-31

<i>Kvalitetsindikatorer och riskbedömningar 2014</i>											
<i>Indikator</i>	<i>Undernäring</i>		<i>Trycksår</i>	<i>Trycksår grad</i>				<i>Fallrisk</i>		<i>ADL</i>	<i>Munhälso- bedömning</i>
<i>Mätmetod</i>	<i>MNA initial</i>	<i>MNA slutgiltig</i>	<i>Norton</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>Downton</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Sunnås</i>	
<i>Antal</i>	<i>135</i>	<i>99</i>	<i>136</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	<i>123</i>	<i>11</i>	<i>143</i>	<i>69 Roag</i>

Riskbedömningar i Senior Alert 2014

<i>Totala antal riskbedömningar</i>	<i>Undernäring</i>	<i>Fallrisk</i>	<i>Trycksår</i>	
<i>Antal utförda riskbedömningar</i>	<i>126</i>	<i>126</i>	<i>126</i>	
<i>Antal planeradeåtgärder</i>	<i>109</i>	<i>109</i>	<i>109</i>	

<i>Kvalitetsindikatorer 2014</i>				
<i>Indikator</i>	<i>Inkontinensutredning</i>	<i>Läkemedelsgenomgångar</i>	<i>Loggkontroll</i>	<i>Hygien Observation Basalhygien</i>
<i>Antal</i>	<i>69</i>	<i>145</i>	<i>0</i>	<i>Ca. 41 ggr</i>

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi samverkar med landstinget att säkerställa överrapportering och att epikris från vårdavdelning epikris från rehab, aktuell medicinlista medskickas när boende flyttas från sjukhus till koppargården samma gäller när boende skickas till sjukhus så att aktuell status samt medicinlista skickas med. Rapportering mellan legitimerad personal och omvårdnads personal sker muntligt och skriftligt via parasol samt kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser med aktuella instruktioner och ordinationer.

Sjuksköterskorna, sjukgymnaster/ arbetsterapeuter samverkar även med läkaren genom rond en gång i veckan och genomför även vårdplaneringar tillsammans med närstående när det föreligger behov. Vi har rapporterat avvikelser i vårdkedjan och doscentrum /apoteket. Vi har samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång

Samarbete med andra vårdgivare:

Övergripande samverkansmöten på St. Görans sjukhus mellan representanter från vårdcentraler, slutenvårdsenheter och stadsdelsförvaltningar inom innerstaden och Västerort. Verksamhetschefer och MAS från de olika förvaltningarna deltar. Syftet med mötena är att ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser, diskutera gemensamma problem och försöka lösa dem samt informationsöverföring mellan slutenvården och öppenvården etc.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

På Koppargården arbetar verksamhetschef, enhetschef och legitimerade personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten som underlag används avvikelserrapportering klagomål/synpunkter. Patienternas Riskbedömningsinstrumenten gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa görs i Vodok och Senior alert och uppdateras för den enskilde vid inflyttning. De uppdateras årligen samt vid förändring i patientens tillstånd en gång om året eller vid behov, förändring i status. Riskbedömningar görs även inför sommarledigheter och vid förändringar i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Alla medarbetare har fått kunskap om stadens rutiner för rapportering av avvikelse och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras den direkt till verksamhetschef som i sin tur rapporterar till avdelningschef och MAS/

MAR på Koppargården rapporterar omvårdnadspersonalen direkt till sjuksköterska / enhetschef därefter skriver omvårdnadspersonalen som upptäckte det inrättade en avvikelse som lämnas till sjuksköterskan för registrering i Vodok. Avvikelser gällande fall eller medicinska tekniska produkter lämnas till sjukgymnast /arbetsterapeut för bedömning. Vid allvarliga avvikelser kontaktar verksamhetschefen masen snarast. Sjuksköterska/ enhetschef kontaktar även närstående för att informera om inträffade händelse samt åtgärder.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Enhetscheferna ansvarar för att fastställd blankett alltid fylls i och åtgärdas skyndsamt (detta oberoende av vem som utför själva uppgifterna). Efter handläggning sänds blanketten i original till respektive avdelning. Finns det ett skriftligt underlag (brev, e-post) ska även detta i original bifogas blanketten. Undantag från detta är om det finns en personakt (gäller avdelningarna för socialtjänst och äldreomsorg). Handlingen ska då utan dröjsmål sorteras in i personakten och enbart blanketten sänds till avdelningen.

Sjuksköterskorna/ enhetscheferna informerar även vid ankomstsamtal och lämnar blankett till närstående gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål så sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst inom samma dag. Årlig redovisning av synpunkter och klagomål följs upp av stadsdelen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelser som bedöms som allvarliga hanteras snarast. Dessa rapporteras omgående till MAS samt dokumenteras och övriga avvikelser diskuteras i ledningsgrupp, team möten och APT möten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Vi kontaktar direkt anhöriga när vi ser att det finns en påtalad risk för vårdskada via telefon/mail. Vi har haft närstående träffar två gånger under året.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

MRSA: odlingar vid nyinflyttat patienter med riskfaktorer på alla plan samt MRSA screeningar på alla patienter på avdelning där patient med känd MRSA finns enligt handlingsplan plan 2,6,och 7.

ESBL: odlingar enligt handlingsplan och lokalrutin på plan 2 och 6.

Sammantaget Resultat: smittspridningar har minskat markant gällande ovan nämnda infektioner. Sammanställningar ESBL / MRSA skickas enligt lokalrutin regelbundet till MAS Marie Sundström och hygien sjuksköterskan Katja Udell.

Strukturmått utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramgruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

Måluppfyllelse dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap: 10&p 3

Frågeställning	Kategori	Antal/år	140101–141231
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	Omv personal och legitimerad personal	Ca. 20/plan	Ca 80
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal enligt gällande checklista	Sjuksköterskor	Totalt antal patienter (vid mättillfälle)	242
Antal vårdskador/fall	Sjukgymnaster/ arbetsterapeuter		30
Vårdrelaterade infektioner	Sjuksköterskor		108 sedan sep/2014

Trycksår	Sjuksköterskor		
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till patienter med identifierade nutritionsproblem	Legitimerad personal		Ca. 123
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	Sjuksköterskor		Ca. 60
Antal lex Maria anmälningar under året	Enhetschef		
Lex Sarah	Enhetschef		2 st
Synpunkter och klagomål	enhetschef		6 st

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi på Koppargården kommer att bedriva ett fortsatt arbete med dokumentationen i Vodok systemet samt parallellt arbeta med det nya systemet som träder i kraft i sept månad ICF- systemet. Vi kommer då att utbilda alla sjuksköterskor och rehab personal med början i mars-månad. Vi kommer att se över mötes formerna gällande legitimerad personal samt utveckla team mötena tillsammans med omvårdnadspersonalen. Utbildningar för legitimerad personal i diabetes, handledning i omvårdnadsprocessen legitimerad personalen, omvårdnadspersonalen och enhetschef tillsammans. Vi började med de somatiska grupperna 2013 och fortsätter med demensgrupperna 2015. Hygienutbildningar observationer, screening och självskattning fortsätter vi med. Utbildningar i afasi, dysfagi, demens, inkontinens. Kvalitetsråden kommer att utvecklas eftersom vi i dagsläget troligen inte kommer att göra personalförändringar i den gruppen som föregående år på grund av övertalighet. Vi kommer under året att fortlöpande

anmäla omvårdnadspersonalen till undersköterske /vårdbiträdes utbildningar för att höja den formella kompetensen för omvårdnadspersonalen. Vi har ett flertal medarbetare som kommer att få SFI utbildning som ett led i att de senare kan komma in på vårdutbildningarna som staden erbjuder. Vi kommer att starta upp handledning för den legitimerade personalen för att förtydliga deras arbetsledaransvar i omvårdnadsfrågor. Utbildning i palliativ vård för all vårdpersonal.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommer att fortsätta med det ergonomiska arbetet såsom förflyttnings teknik tillsammans med vårdpersonalen. De kommer att ha enskilda utbildningar med omvårdnadspersonalen och även i grupp.

Verksamhetschef/ enhetschef kommer att ha ett fortlöpande arbetssätt med att gå igenom loggkontroller gällande legitimerad personal