



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2014

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2015-02-20
Lena Holm Verksamhetschef
Katarina Bergsten Enhetschef HSL

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (reviderad 2013-11-19)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	10
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

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 ett omfattande kvalitetsarbete genomförts med införandet av Ersta diakonis ledningssystem, upprättande av processer med kopplade rutiner, införande av ett egenkontrollsystem samt arbete med värdegrund. Ersta diakoni är kvalitetscertifierade enligt kraven i ISO9001 och ISO14001. Processerna; Ny boende, Boende och Dygnets insatser har identifierats och ligger till grund för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten där medarbetarna kan utläsa vem som ska göra vad, hur det ska göras och i vilken ordning de olika aktiviteterna ska ske. Lokala rutiner har upprättats utifrån verksamhetens processer.

När Ersta diakoni tillträdde på Linnégårdens äldreboende fanns det 5 st vakanta sjukskötersketjänster. Ett stort arbete har lagts ner på att rekrytera lämplig legitimerad personal för att säkra bemaning och därmed patientsäkerhet.

Rutiner har utarbetats; Att upptäcka, förebygga och förhindra övergrepp och brister i vård och omsorg. Anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. Avvikelsehantering. Klagomålshantering. Riskhantering. Riskbedömningar för att motverka undernäring, fall, trycksår, mun och tandhälsa. Samverkan. Medicintekniska produkter. Basala hygienrutiner, Nutrition, Läkemedelshantering och rutin för hur arbetet med Vård i livets slutskede enligt LCP, vägledning för vård av döende ska ske.

Ett omfattande egenkontrollprogram har upprättats som innefattar t ex Granskning av social respektive hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, Registrering i Senior Alert och Palliativa registret, Läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut, Hygienrond, Följsamhet av basala hygienrutiner, Infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, Mätning av nattfasta, Medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt forskrift.

Genom riskanalyser har risk för vårdskador identifierats och hanterats. Riskbedömningar för fall, undernäring, sår och munhälsa har utförts. Där risker identifierats har omvårdnadsplaner upprättats. Kvalitets- och avtalsuppföljning av hälso- och sjukvården har skett.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Ett arbete med avvikelsekategorisering, analys och statistik har genomförts och nya rutiner utarbetats. Ett nytt databaserat program för avvikelshantering har tagits i bruk och all personal har fått egna IT behörigheter. Synpunkter/ Klagomål har hanterats, analyserats och behandlats i kvalitetsrådet samt rapporterats på arbetsplatsträff.

Nya arbetsmetoder för att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet har införts t ex genom en ny agenda vid välkomstsamtal samt införandet av månadsbrev till alla närstående. Närstående och boende har inbjudits att delta i vårdplaneringar.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

En trygg och säker hälso- och sjukvård

Minska andelen vårdskador

Minska risken för undernäring, fall, fallskador och trycksår

Säker läkemedelshantering

Strategi

Rekrytering av nya sjuksköterskor för att säkra bemanning

Ingå i kvalitetsregister: Palliativa registret och Senior Alert, Infektionsregistrering

Uppdatera och gå igenom rutiner för läkemedelshantering

Alla riskpatienter ska ha en vårdplan upprättad av legitimerad personal och riskbedömas enligt:

Riskbedömning mun och tandhälsa ROAG

Riskbedömning fall DOWNTON

Riskbedömning malnutrition MNA

Riskbedömning trycksår NORTON

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschef säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Ersta diakonis MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS har det övergripande kvalitetsansvaret för hälso- och sjukvården.

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras inom det egna ansvarsområdet.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning vid inflyttning och förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger. Sjuksköterskorna registrerar i palliativa registret, senior alert och vårdrelaterade infektioner. Samt

liga medarbetare ansvarar för att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

Uppföljning av mål och strategier enligt föreslagna förbättringar från föregående års Patientsäkerhetsberättelse

Öppna jämförelser och Nationella studier

Egenkontroller

Kvalitets- och avtalsuppföljning av Östermalmsstadsdelsförvaltnings MAS

Processerna; Boende och Dygnets insatser har identifierats och ligger till grund för kvalitetsarbetet i verksamheten. Arbetet med processerna och rutinerna är ständigt pågående. Utifrån resultaten förbättrar vi processbeskrivningarna och rutinerna.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation sker via stickprovskontroll 1 gång per termin, utförs av enhetschef HSL genom granskningsmall och 8 st slumpmässigt utvalda journaler. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdel genom samverkans möte och årlig uppföljning. Det redovisas till verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut på HSL möte.

Registrering i Senior Alert och Palliativa registret, detta kontrolleras genom stickprov av verksamhetschef 2 gånger per år. I samband med stickprovskontrollen jämförs verksamhetens resultat med övriga medverkande verksamheter resultat.

Läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut 1 gång per år. Resultatet kommuniceras till ansvariga chefer samt sjuksköterskor och MAS

Hygienrond genomförs 1 gång per år, resultatet kommuniceras på Hygienrådet, arbetsplatsträff och till verksamhetens ledning.

Följsamhet av basala hygienrutiner utförs dagligen av hygienombud, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt chefer. Resultatet kommuniceras fortlöpande på arbetsplatsträff., planmöte samt till ansvariga chefer.

Infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, resultatet kommuniceras till MAS

Mätning av nattfasta via registrering på blankett i 3 dygn sker 2 gånger per år och följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdels MAS, sjuksköterskor, ansvariga chefer och omvårdnadspersonal, på teammöte, planmöte och arbetsplatsträff.

Medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt forskrift. Följsamhet av funktionskontroll följs upp av enhetschef för HSL genom stickprovskontroll 2 gånger om året. Resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och planmöte. Följsamheten diskuteras också regelbundet under HSL möte.

Avvikelsestatistik sammanställs av enhetschef och redovisas varje månad på kvalitetsrådet och rapporteras sedan till MAS.

Synpunkter/klagomål, Lex Sarah/Lex Maria samt riskanalyser sammanställs och rapporteras kvartalsvis in till Erstas kvalitetssystem av verksamhetschef.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisar årligen verksamhetens resultat. Resultaten kommer att jämföras med tidigare resultat.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Processerna; Boende och Dygnets insatser har identifierats och ligger till grund för kvalitetsarbetet i verksamheten där medarbetarna kan utläsa vem som ska göra vad, hur det ska göras och i vilken ordning de olika aktiviteterna ska ske.

Rutiner har utarbetats; Att upptäcka, förebygga och förhindra övergrepp och brister i vård och omsorg. Anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria. Avvikelsehantering. Klagomålshantering. Riskhantering. Riskbedömningar för att motverka undernäring, fall, trycksår, mun och tandhälsa. Samverkan. Medicintekniska produkter. Basala hygienrutiner, Nutrition, Läkemedelshantering och rutin för hur arbetet med Vård i livets slutskede enligt LCP, ska ske.

Ett egenkontrollsystem för livsmedelshygien, städning, brandskydd, basala hygienrutiner och larm med checklistor, och granskning av följsamhet av utsedda personer har införts.

Ett nytt avvikelsehanteringsprogram har införts där alla medarbetare rapporterar avvikelser och synpunkter / klagomål, all personal har fått IT behörighet och utbildning i att hantera programmet.

Sjuksköterskorna började arbeta systematiskt med avvikelserapportering av missade signaturer i signatur lista för överlämnandet av läkemedel avsedda för omvårdnadspersonal med delegering.

Cirkulationstvätt av personalkläder har införts, separata förråd för ren samt smutstvätt har

upprättats. En sjuksköterska är sammankallande för hygienrådet som sammankallas två gånger per termin. All personal har genomgått den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Medicinsk överrapportering sker med vårdcentral eller annan ansvarig vårdgivare då boende flyttar in eller ut alternativt sjukhusvistelse. Samverkansavtal med läkarorganisation för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar

Avtal med Apoteket för årlig kvalitetsgenomgång av läkemedelshantering.

Avtal Vårdhygien Stockholms län, årlig hygienrond samt infektionsregistrering.

Avtal med Sodexo och Liko angående hjälpmedel.

Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp.

Tvärfackliga möten där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut/ sjukgymnast, omvårdnadspersonal behandlar vård och omsorgsfrågor.

Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

Samverkan och information till anhöriga och boende via månadsbrev, hemsida, boenderåd och anhörigträff.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys görs då nya metoder och processer införs i verksamheten samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Riskanalys görs också på befintliga metoder, processer och inträffade händelser som behöver analyseras. Enhets/verksamhetschefen initierar riskanalys. Verksamheten använder Erstas riskanalysmall som innehåller processbeskrivning, riskbeskrivning, riskmatris, bedömning och åtgärdsplan. Det finns tydliga instruktioner hur mallen ska användas. Analysen redovisas i ledningsgruppen för vidare hantering av resultatet.

Under 2014 utfördes 6 riskanalyser inom följande områden:

- Organisation
- Bemanning

-
- *Fastighet och boende: Boendes rökning, Inbrott, Byte av fönster i lägenheter och gemensamma utrymmen*
 - *Dokumentation enl HSL. Införandet av ICF-journal, dec*

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Personal som varit inblandad eller upptäcker händelsen rapporterar till tjänstgörande sjuksköterska. Den som upptäckt avvikelsen dokumenterar i avvikelssystemet. Tjänstgörande sjuksköterska bedömer och vidtar de åtgärder som är relevanta, dokumenterar i journalen och informerar berörd personal. Överrapportering sker till omvårdnadsansvarig sjuksköterska som analyserar och återkopplar till personalen vid dagligt informationsmöte samt på teammöte.

På kvalitetsrådet utförs händelseanalys, vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på nästkommande möte. En bedömning görs av allvarlighetsgrad och om det finns risk för upprepning samt om riskanalys behöver genomföras. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsrådet även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Avvikelserapporter sammanställs i ett dokument och analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Statistik skickas till Ersta diakonis MAS och stadsdelens MAS varje månad. Vid allvarlig skada/risk för, underrättas alltid verksamhetschef och MAS omgående. Om allvarlig skada eller risk för skada föreligger informeras patienten/närstående om detta och vilka åtgärder som vidtagits.

Hur verksamheten tillämpar lex Maria

MAS gör en bedömning om det inträffade enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om den också ska anmälas enligt Lex Maria.

Den interna utredningen innehåller:

- *Händelseförlopp*
- *Omedelbart vidtagna åtgärder*
- *Identifiera orsaker till händelsen*
- *Riskbedömning samt konsekvenser*
- *Liknande händelser som tidigare inträffat på enheten*
- *Riskförebyggande åtgärder som vidtagits*

Anmälan görs av MAS på blankett SOSFS 2013:3 Bilaga (2013-05) och ska vara IVO tillhanda inom 2 månader från det inträffade. MAS ansvarar för att vårdtagaren eller närstående samt berörd stadsdel, får information om att en Lex Maria anmälan gjorts samt dokumenterar att information är given i journalen. Om informationen inte kan lämnas ska orsaken dokumenteras i journalen. MAS ansvarar för att patient eller närstående får information och en kopia på svaret från Socialstyrelsen.

Klagomål och synpunkter

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

Den som tar emot ett klagomål/synpunkt åtgärdar genast det som är möjligt upp till sin kompetens och ser därefter till att ärendet hamnar hos närmaste arbetsledare. Tjänstgörande sjuksköterska eller närmaste chef utreder och registrerar ärendet i Erstas avvikelssystem.

Berörd personal informeras. Vid behov kontaktas verksamhetschefen. Den enskilde blir kontaktad senast inom 3 arbetsdagar samt blir informerad efter utredning om vidtagen åtgärd.

På kvalitetsrådet utförs händelseanalys, vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på nästkommande möte. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsrådet även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.

Synpunkter/klagomål och rapporter sammanställs i ett dokument och analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender. Verksamhetschefen ansvarar för att ärendet följs upp samt publicerar sammanställningen av synpunkter/klagomål i Erstas kvalitets- och ledningssystemet senast 31.3, 30.6, 30.9 samt 31.12 varje år. Statistik skickas till Ersta diakonis MAS och stadsdelens MAS varje månad.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Synpunkter och klagomål

Vi kan inte se något speciellt mönster eller trend när vi analyserar sammanställningen av klagomål/synpunkter. Vi har haft nio muntliga synpunkter och en skriftlig (via Östermalms stadsdelsförvaltning). Synpunkterna är jämnt fördelat mellan de olika planen, över året och innehåll. Områden som synpunkterna berör är omvårdnad(4), utevistelse(2), önskat byte av kontaktman(1), brandlarmet(1) och önskemål om mer persona(1). Den skriftliga gällde omvårdnad och städning. Vi tar varje synpunkt på största allvar och gör de förändringar som krävs. Vi har bland annat förbättrat hygienrutiner, bytt kontaktman, förändrat arbetsrutiner, belyst vikten av ett professionellt bemötande och förbättrat kommunikation med anhörig. Vi har även fått ungefär motsvarande antal positiva synpunkter men dessa är inte sammanställda. De rör framför allt bra bemötande och omhändertagande.

Vi har anmält en fallskada enligt Lex Maria, där en boende föll olyckligt och ådrog sig en skada i nacken. Den boende som var uppegående, upptäcktes av personalen liggande på golvet i sitt rum. Ärendet har avslutats. Totalt hade vi fem fallolyckor under 2014 som krävde sjukhusvård. Vi har analyserat fallolyckorna men inte upptäckt något särskilt mönster eller trend.

Sjuksköterskorna började under året arbeta systematiskt med avvikelserapportering av missade signaturer i signatur lista för överlämnandet av läkemedel avsedda för omvårdnadspersonal med delegering. En stor andel av de missade signaturerna på signaturlistorna för läkemedel som omvårdnadspersonalen överlämnar efter delegering är att man inte signerat att man gett näringsdryck. Detta har lett till ett förändrat arbetssätt kring överlämnandet av näringsdrycker.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samma dag boende flyttar in görs en riskbedömning av fallrisk och fallförebyggande åtgärder vidtas av legitimerad personal i samarbete med boende och anhöriga. OAS genomför även riskbedömningar enligt Norton, MNA och ROAG inom 2 veckor, om risk föreligger upprättas en omvårdnadsplan, boende och anhöriga blir informerade och ges möjlighet till delaktighet i planeringen. Riskbedömningarna uppdateras var 6e månad eller vid förändrat status hos den boende.

Inom 2 veckor genomförs alltid ett välkomstsamtal med den nyinflyttade, närstående, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman och enhetschef.

Agenda följs där frågor som rör patientsäkerhetsarbetet tas upp, t ex överenskommelse om hur information om läkemedelsförändringar, kontakter med läkare, OAS, kontaktman kan ske. Genomgång av fallprevention. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål.

Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Bemanning har säkerställts. Sjuksköterskor har anställts till de vakanta tjänsterna.

Rutiner för läkemedelshantering har uppdaterats och separata låsbara skåp för förvaring av apodosrullar i boendes lägenhet har införts. Utbildning har skett av all omvårdnadspersonal med delegering att överlämna läkemedel till boende

Rutin för hantering vid fallolyckor har reviderats och uppdaterats

Cirkulationstvätt av personalkläder har införts, separata förråd för ren samt smutstvätt har upprättats. En sjuksköterska är sammankallande för hygienrådet som sammankallas två gånger per termin. All personal har genomgått den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner.

Följsamhet av basala hygienrutiner har kontrollerats dagligen av hygienombud, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och chefer.

Processmått

Risikanalyser har genomförts vid 6 tillfällen.

Läkemedelsgenomgång har genomförts för samtliga boende. En särskild blankett används inför genomgången.

Riskbedömning enligt Norton, MNA, Fall och ROAG har genomförts för samtliga boende.

Omvårdnadsplaner har upprättats för riskpatienter

Infektionsregistrering har skett samtliga månader enl Vårdhygien Stockholmsmall.

Alla som avlidit under året har registrerats i palliativa registret.

Registrering i Senior Alert gällande de boende på somatisk enhet har påbörjats.

Granskning av läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut har skett.

En hygienrond med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm har skett.

Resultatmått

Avvikelser, statistik Ersta Linnégården -2014												
	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	sept	Okt	Nov	Dec
Antal boende	82	80	83	80	80	83	83	83	81	83	79	82
Fall, totala antalet	4	4	9	18	10		13	13	7	18	8	5
Krävt sjukvård		1		1	1		1	1				
Frakturer		1			1		1	1				
Läkemedel, totala antalet	11	7	3	6	3	10	23	16	51	125	158	370
Utebliven dos			3					2		2		1
Utebliven signering				6		10	20	14	51	123	158	*368
Dubbel dos												
Läkemedel övrigt	11	7			3							1

Under året registrerades 2 st trycksår grad 3 som uppstått under sjukhusvistelse. En boende flyttade in med 1 grad 3 trycksår. Inga trycksår har uppstått på Linnégården. Totalt behandlades 3 trycksår under året.

Varje månad har blanketten för infektionsregistrering fyllts i, inga vårdrelaterade infektioner har uppstått.

En Lex Maria har anmälts till IVO på grund av en allvarlig fallolycka.

Måluppfyllelse

En säker och trygg hälso- och sjukvård

- Rekrytering av nya sjuksköterskor har lyckats och bemanningen har säkrats

Minska andelen vårdskador

- Verksamheten har haft en allvarlig fallskada som anmälts enligt Lex Maria för utredning, totalt 4 fallskador som lett till fraktur. Rutin vid fallolycka har reviderats.
- Inga vårdrelaterade infektioner har uppstått

Minska risken för undernäring, fall, fallskador och trycksår

- Andel uppdaterade riskbedömningar för nutrition, fallolyckor och trycksår 100%
- Inga uppkomna trycksår
- Alla boende som haft risk för undernäring har fått en omvårdnadsplan för att förhindra detta

Säker läkemedelshantering

- Rutiner för läkemedelshantering har reviderats. Externkontroll och kvalitetsgranskning har skett. Utbildning har skett av all omvårdnadspersonal med delegering att överlämna läkemedel till boende.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

En säker och trygg hälso- och sjukvård

Minska andelen vårdskador

Minska risken för undernäring, fall, fallskador och trycksår

Fortsatt säker läkemedelshantering

Strategi

Alla boende ska riskbedömas inom 14 dagar från inflyttning angående

Riskbedömning mun och tandhälsa ROAG

Riskbedömning fall DOWNTON

Riskbedömning malnutrition MNA

Riskbedömning trycksår NORTON

Alla riskpatienter ska ha en vårdplan upprättad av legitimerad personal

Riskbedömningarna ska uppdateras var 6e månad eller oftare vid förändrat status.

Ingå i kvalitetsregister: Palliativa registret och Senior Alert

Infektionsregistrering

Förbättra processer och rutiner
