



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2017-02-22
Lena Holm Verksamhetschef
Ramona Ankarberg Bitr verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

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 kvalitetsarbetet bedrivits gällande Erstas diakonis ledningssystem, upprättande av processer med kopplade rutiner och utvärdering av egenkontroller. Genomgång av rutiner för omarbetning och revidering har påbörjats och utförts.

Linnégården har haft stor omsättning av sjuksköterskegruppen under året, detta har föranlett till att nyrekrytering av sjuksköterskor har genomförts under hösten, vilket påverkat kontinuitet och stabilitet

Riskbedömningar för fall, undernäring, sår och munhälsa har utförts. Där risker identifierats har omvårdningsplaner upprättats. Boende har erbjudits Läkemedelsgenomgång och Munhälsovårdsbedömning. Registrering av vårdrelaterade infektioner har förts varje månad och ingen smittspridning har rapporterats.

Ett egenkontrollprogram med checklistor har följts vilket innefattar t ex Granskning av social respektive hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, Registrering i Palliativa registret, läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut, hygienrund, följsamhet av basala hygienrutiner, infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, mätning av nattfasta, medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt föreskrift. Bedömningar enl Senoir Alert utförts, registreringen i Senior Alert har inte genomförts pga sjuksköterskesituationen.

Vårdplaneringsmöten har genomförts tillsammans med boende, samt närstående om boende så önskat. Närvarande yrkeskategorier vid dessa möten har varierat beroende på behovet. Planeringen har utgått från den boendes behov, förutsättningar och önskemål. Teammöten har inte kunnats genomföras i önskat beslut beroende på sjuksköterskesituationen som varit.

I dialog med representerande från Linnégården har forum skapats för att boende/närstående lättare ska kunna framföra bland annat önskemål och förbättringsförslag på vården och aktiviteter.

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

Tvärprofessionellt arbete har genomförts regelbundet för genomgång av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter på kvalitetsmöte på respektive

vårningsplan. Uppföljning och återkoppling har skett på kvalitetsmöte och eller plan möte samt Arbetsplatsträff.

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 och vårdlidande.

Strategi

- *Rekrytering av nya sjuksköterskor för att säkerställa bemanning och kontinuitet*
- *Arbeta för att all personal har tillräcklig kompetens.*
- *Säker läkemedelshantering genom att utvärdera och följa rutiner gällande detta*
- *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*
- *Riskbedömning enligt NICOLA*
- *Att all personal känner till riktlinjer och rutinerna för risker och avvikelshantering.*
- *Att verksamheten tar till vara inkomna synpunkter och klagomål från boende och närstående*
- *Att uppkomna risker och avvikelser bedöms och analyseras regelbundet samt att återkoppling sker till personalen.*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ersta diakonis styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

***Direktorn** har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.*

***Kvalitets samordnare** har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efter levnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.*

***Äldreomsorgschefen** ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.*

***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.*

***Bitr Verksamhetschef /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 bendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger. Sjuksköterskorna registrerar i palliativa registret, senior alert och vårdrelaterade infektioner.*

***Samtliga 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 samt Ersta Diakonis MAS.

Processerna; Inflyttning, Dygnetns insatser, Avslut och utflytt 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.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering.

Extern granskning av läkemedelshanteringen har gjorts av Erstas MAS och Apoteket. Förbättringsförslagen har sammanställts och arbete med revidering av rutiner och strukturhar påbörjats.

***Läkemedelsgenomgång** har erbjudits och genomförts för de boende som tackat ja samt nyinflyttade*

***Vårdrelaterade infektioner** har registrerats och rapporteras månadsvis till MAS. Någon smittspridning har inte skett.*

*All vårdpersonal har getts möjlighet att genomföra **E-utbildning i Basala hygienrutiner** och punkt prevalens mätning (PPM) har utförts för en få en nulägsanalys.*

*Under året har revidering och uppdatering påbörjats av **Rutiner för Hälso- och sjukvården.***

Inkomna avvikelser har analyserats regelbundet tvärprofessionellt på kvalitetsmöten.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation har skett via stickprovskontroll 1 gång per termin, utförs av Ersta MAS genom granskningsmall och 10 st slumpmässigt utvalda journaler. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdel genom samverkansmöte och årlig uppföljning. Det redovisas till verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut på HSL möte.

Registrering i Palliativa registret har under året kontrollerats genom stickprov. I samband med stickprovskontrollen jämförs verksamhetens resultat med övriga medverkande verksamheters resultat.

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

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

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

Registrering förs över Vårdrelaterade infektioner varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, resultatet kommuniceras till MAS per kvartal.

Mätning av nattfasta via registrering på blankett i 3 dygn har skett under året 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 förskrift. Följsamhet av funktionskontroll följs upp av enhetschef för HSL. Resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och planmöte.

Avvikelsestatistik sammanställs varje månad. På kvalitetsmötet analyseras avvikelserna tvärprofessionellt.

Synpunkter/klagomål, Lex Sarah/Lex Maria samt riskanalyser sammanställs månads/kvartals-/årsvis. Se respektive rubrik.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkans avtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år.

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 för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

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

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.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys görs då nya metoder och processer införs i verksamheten samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Risicanalys görs också på befintliga metoder, processer och inträffade händelser. Ansvarig chef initierar risicanalysen och involverar olika medarbetare beroende på vilket område analysen avse. Resultatet kommuniceras ut i verksamheten och olika åtgärder genomförs.

Under 2016 utfördes risicanalys inom följande områden:

Ny metod – Avvikelsehantering, feb.

Nyrekrytering av HSLchef, maj.

Rekrytering sjuksköterskor, juni.

Omorganisation ledningsgruppen Linnégården, aug.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Risker och avvikelser rapporteras i internt avvikelse system.

Inkomna, rapporterade avvikelser och risker, analyseras och bedöms regelbundet. Akuta händelser åtgärdas omgående av tjänstgörande sjuksköterska.

En händelse/risicanalys görs; vid återkommande risk rapportering eller vid allvarlig avvikelse Inga rapporterade under året

Personal som identifierar risken/avvikelsen dokumenterar detta i avvikelssystemet.

Sjuksköterskan tilldelas, bedömer och vidtar de åtgärder som är relevanta, dokumenterar i journalen och informerar berörd personal.

Händelseanalys utförs av tilldelad/ utsedd person och vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på kvalitetsmöte. En bedömning görs av allvarlighetsgrad och om det finns risk för upprepning samt om risicanalys behöver genomföras. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsmöte även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Avvikelse rapporter sammanställs i ett dokument och analyseras för att kunna se olika mönster och trender

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.

Kvalitetsmötet på respektive våning är tvärprofessionellt och sker minst 10 gånger per år. En sammanställning görs för varje månad på rapporterade risker, inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

På mötet analyserar, bedömer och diskuterar man händelser. Detta leder till ett utvecklingsarbete då våningens förbättringstavla är ett bra instrument. Uppföljning sker nästkommande möte.

Mönster och trender utifrån den samlade avvikelsestatistiken 2016 redovisas under rubriken resultatmätt.

Vi bedömer att vårt fortlöpande arbete med avvikelser har en positiv inverkan på verksamheten. Personalen är insatta i hanteringen och medvetna om att alltid rapportera avvikelser.

Kvalitetsmötet är ett bra forum där personalgruppen själva kommer fram till förbättringsåtgärder.

Hur verksamheten tillämpar lex Maria

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

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.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer direkt till chef eller till personal i tjänst.

Beroende på händelsens karaktär kan mottagaren åtgärda direkt, upp till sin kompetens eller lämnar ärendet till verksamhetschef/närmaste chef/ tjänstgörande hälso-och sjukvårds personal för åtgärd.

Verksamhetschef/bitr verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att återkoppling sker till berörd person inom 3 arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar.

Verksamhetschefen eller utsedd person ansvarar för hela processen; Påbörjar en analys och ger förslag på åtgärder och/eller åtgärddar ärendet. Registrerar i Erstas avvikelssystem och sparar en kopia i ett sammanfattande dokument . Upprättar vid behov en förbättringsplan. Följer upp och avslutar ärendet.

Återkoppling/uppföljning sker förutom på kvalitetsmöte även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender.

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Gällande klagomål och synpunkter för 2016 ser vi inget speciellt mönster eller särskild trend. Vi har under året haft fem skriftliga synpunkter/klagomål. Två rörande omvårdnad, en gällde orolig boende som stört medboende, en var personals bemötande och en som rörde brist i kommunikation mellan personal och anhörig.

Ingen vårdskada har under året inträffat som har bedömts vara allvarlig.

Två händelser har utretts av MAS som resulterade i att de inte anmäldes till IVO;

-Brist i framtagande av nya ordinationshandlingar i pascal.

Rondrutiner förbättrades.

-Anhörig lämnade in klagomål då hon hade synpunkter på vård- och omsorg. Utredningen visade inte behov av några åtgärder eller insatser.

Ett Lex Maria ärende är under pågåendeutredning. Anhörig lämnade in anmälan med klagomål mot hälso-och sjukvården. Anmälan lämnades in efter att den boende flyttat ut. Ärendet har besvarats och efterfrågade dokument är skickade till IVO.

Samverkan med patienter och närstående

Samma dag boende flyttar in görs en riskbedömning av fallrisk och fallförebyggande åtgärder vidtas av legitimerad personal i samarbete med boende och anhöriga. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (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. Synpunkter och klagomål kan också lämnas till Patient nämnden, Äldreombudsmannen eller till stadsdelen. Blanketter, information och förslagslåda finns vid en av entréerna.

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

På enheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderådet sammanträder fyra gånger per år.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

All personal i vården, har getts möjlighet att genomföra e-utbildningen i Basala Hygienrutiner . Uppföljning av resultatet på antal genomförda utbildningar bör förbättras inför kommande år.

PPM mätning av basala hygien rutiner och egenkontroll basala hygienrutin har genomförts. PPM mätningen visar goda resultat dock

*behöver man se över förutsättningarna för att kunna följa dem.
Resultatet av egenkontrollen /självskattning var det lågt svarsantal
vilket ger för lite underlag för en helhetsbild.*

*Stor omsättning av sjuksköterskegruppen under året , har föranlett
nyrekrytering av sjuksköterskor under hösten, vilket påverkat
kontinuitet och stabilitet. För att motverka detta har långsiktig
planering skett vid bemanning med timanställda sjuksköterskor och vid
anlitande av bemanningsföretag.*

*En sjuksköterska ,bitr verksamh.chef och undersköterska har deltagit
på de Nationella geriatriska Nutritionsdagarna,2 dagar.*

*Sjuksköterskor har fått utbildning i journalsystemet Vodok,samt ICF och
KVÅ utbildning.*

Bitr verksamhetschef med HSL ansvar har anställts.

*3 undersköterskor har gått palliativ ombuds utbildning via staden och
Palliativ kunskapscenter.*

Processmått.

*Riskbedömningar har genomförts då ny boende har flyttat in.
Mun-hälsovårdsbedömning har erbjudits till nya alla boende.*

*Läkemedelsgenomgång har genomförts på nyinflyttade och de sedan
tidigare boende som tackat ja (Linnegården har haft ökat antal
nyinflyttade under 2016, 30 st 2016 jämförelse med 22st 2015.*

*Uppkomna risker, avvikelser, synpunkter och klagomål har
analyserats/hanterats tvärprofessionellt.*

*Infektionsregistrering har utförts månatligen.
Bedömningar enl Sennioralert har genomförts. Registrering i Senior
Alert har inte påbörjats.*

*Rekrytering av sjuksköterskor har slagit väl ut och en ny sjuksköterske
grupp har bildats.*

Teammöten har inte kunnat genomföras p.g.a sjuksköterskesituationen.

Resultatmätt

Arbete har under året pågått gällande; Läkemedel- missad signaturer-tyvärr ökade antalet missade signaturer under sommaren samt under vissa månader på några våningar. Orsak till detta kan ha varit minskade uppföljningar av signeringar, eget medarbetaransvar. Arbete och uppföljningar har skett på kvalitetsmöte och under senare delen av året har en stor förbättring skett och minskade antal osignerade har minskat.

I genomsnitt har det varit 12 fall per månad och sammanlagt har totalt 13 av dessa krävt sjukvård. Det är ganska jämnt fördelat under året och vi ser inte någon särskild trend. Periodvis kan de vara en boende som faller mer frekvent trots insatta åtgärder. Motsvarande siffra för 2015 var 11st/mån.

Under året har 4 sår uppkommit på Linnégården och 4 från annan vårdgivare. Behandling och förebyggande åtgärder har satt in. Antal boende med urinkateter har i genomsnitt under året varit 3st Under året är endast 2 st registrerade urinvägsinfektioner och dessa har varit uppkomna hos urin kateterbärare

Ingen clostridium difficile-diarré, virusbaserad masjuka eller influensa har diagnostiserats under året.

Gällande skyddsåtgärder kan man vid sammanställning se, över året, att det sker en ökning av behov av sänggrindar och individuella larm. Vilket kan ge en slutsats att de äldre är i större omvårdnadsbehov än tidigare.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål 2017:

Ökad patient säkerhet genom ökat tvärprofessionellt teamarbete.

Ökad kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen , framför allt i sjuksköterskegruppen

Utbildningsinsatser gällande nutrition av dietist planeras och har påbörjats både på Ersta äldreomsorgs nivå och lokalt på Linnegården

Bättre kunskaper i Basal hygien rutiner för all vårdpersonal genom dialog, handledning och utbildning.

Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och Ledningssystemet.

Utbildning i temp-, puls-, och blodtryckskontroller hos omsorgspersonalen

Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom implementering av palliativa ombud.

Påbörja registrering i Senior Alert under hösten 2017.