



Patientsäkerhetsberättelse

Skolörtens vård- och
omsorgsboende
2017

2018-02-28
Eva Ingstrand, enhetschef

Innehållsförteckning

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

Skolörtens vård- och omsorgsboende är ett boende för äldre med demensdiagnos. Under 2017 har man lagt ned delar av verksamheten och antalet platser har minskat från 48 till 32.

Verksamheten fick en ny biträdande enhetschef i januari 2016. Biträdande enhetschef har tillsammans med HSL-ansvarig chef byggt upp nya rutiner och riktlinjer kring kvalitetsarbetet under året.

I verksamheten arbetar två sjuksköterskor och ett stort antal undersköterskor. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson. Delar av personalen har genomgått en utbildning i BPSD och man har delvis börjat arbeta enligt det.

Risker för vård skador har identifierats och hanterats genom Kvalitetsråd och i de systematiska teamarbetet som införts under 2017. Alla personalkategorier har medverkat och deltagit i kvalitetsarbetet. Vi har haft kontinuerlig uppföljning av de avvikeser som inkommit på kvalitetsråd. Under 2017 har mycket fokus från chef legat på att uppmuntra personalen till att skriva avvikelser och även till att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

I samband med inflyttning till Skolörten utförs individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Om risk föreligger upprättas en vårdplan/handlingsplan i Vodok med fastställt datum för uppföljning.

Utbildningar under året

Sjuksköterskor:

- Vodok-dokumentation med processhandledaren
- Uppdateringar i verktyget Pascal
- BPSD

Omvårdnadspersonal:

- Undersköterskeutbildning
- DigIT Att leda alla kan surfa
- Palliativa ombud
- Silviasyster
- BPSD
- Handledarutbildning

-
- Nutrition hos äldre/föreläsning av dietist
 - Förflyttningsutbildning för samtliga sommarvikarier

Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete på Skolörtens vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivare skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriv ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador

Vård- och omsorgsboendets mål och strategier för 2017 har varit att:

- Fortsätta arbeta för att få ett gemensamt arbetssätt när det gäller mat och måltidssituationer
- Förbättra och utveckla rutiner kring avvikelshantering i alla led
- 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 ansvarar för att se till att lagar och föreskrifter följs och ska granska dokumentation, statistik och eventuella avvikelser. MAS upprättar, beslutar och följer upp riktlinjer för hälso- och sjukvården.

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

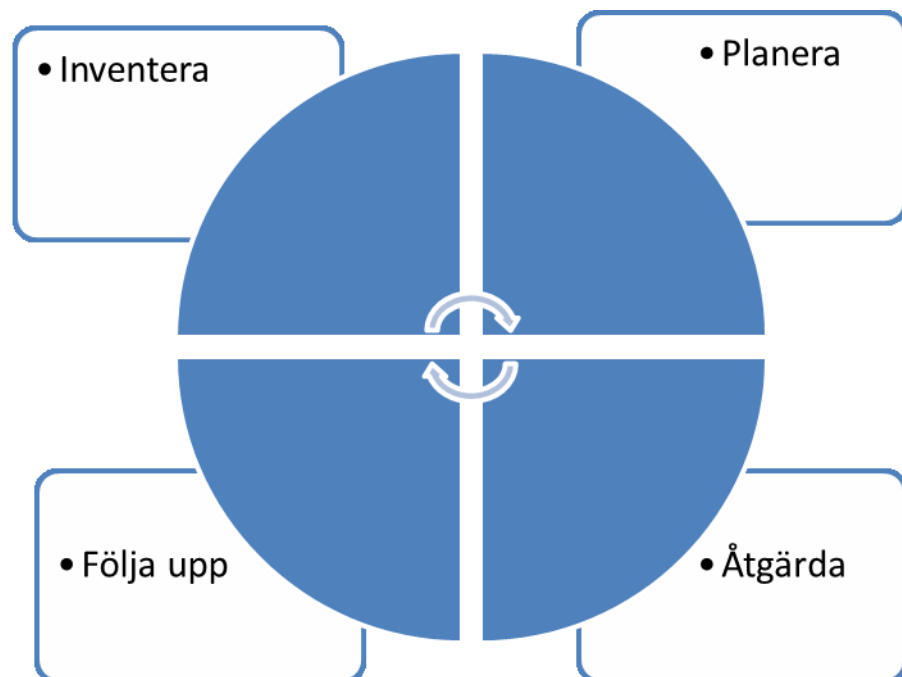
Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet.

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

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §



Alla medarbetare ska ha kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känna till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen.

Uppkomna avvikelser dokumenteras i Vodok avvikelssystem.

Avvikelse tas upp i vårt kvalitetsråd, bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut, mas samt biträdande enhetschef och/eller enhetschef. Kvalitetsrådet är det forum där vi systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete

och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Vid dessa möten förs minnesanteckningar som delges alla medarbetare.

Utifrån de individuellt genomförda riskbedömningarna som görs på varje nyinflyttad boende, och där risk föreligger, upprättas en hälsoplan som följs upp efter fastställt datum. Närstående informeras om eventuella risker föreligger och om planerade åtgärder som kan förebygga vård skador.

Uppkomna vårdskador utreds av verksamhetschef genom journalgranskning och intervjuer med berörd personal. Utredning dokumenteras och Mas informeras snarast.

Uppföljning har gjorts genom verksamhetsuppföljning av Stockholms stad samt kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

MAS har under året implementerat riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Enhetens arbete med dokumentationen har inte kunnat genomföras enligt plan. De stödfunktioner som finns till hands för utbildning har inte varit tillgänglig. Detta har resulterat i utmaningar gällande dokumentationen och arbetet med det kommer att fortsätta under 2018.

Avvikelser behandlas lokalt i arbetsgruppen och på Skolörtens kvalitetsråd. Målet för Skolörtens kvalitetsråd är att arbeta förebyggande med kvalitetssäkringsfrågor. Genom att kritisk granska verksamheten och ta fram säkra rutiner för både omsorg och hälso-sjukvårdsinsatser är syftet att incidenter ska förebyggas. I kvalitetsrådet finns representanter från samtliga personalgrupper som arbetar med vård- och omsorg. Därmed kan systemfel i organisationen lättare upptäckas och åtgärdas och arbetsgrupper kan tillsättas för att arbeta fram lokala rutiner och riktlinjer.

En avvikelse tas upp snarast som möjligt med inblandad personal för att utreda och kartlägga händelseförloppet för att kunna ta åtgärder för att förhindra en upprepning.

Arbetsätt samt roller har tydliggjorts för sjuksköterskorna. Förtydligande har införts gällande deras arbetsledande funktion. Hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation har granskats enligt fastlagt mall för att säkra att de innehåller de uppgifter som anges i Patientdatalagen.

Samtliga sängar har inventerats och besiktigats av sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Sängar med anmärkning har bytts ut och nya har införskaffats. Övriga hjälpmedel funktionskontrollernas av rehab-personalen gång per år eller vid behov.

Dietistinsatser

Under året har Rutin för undernäring baserad på SOSFS 2014:10, Rutiner för kosttillägg och sondmat, Rutin för kontakt med dietist, Mat- och vätskelista samt Signeringslista för kosttillägg, utarbetats av dietist i samråd med MAS och staden dietistnätverk, dessa har implementerats på Skolörten.

- Dietist har deltagit i teamträffar och APT, då ett teamarbete behövs för att kunna åtgärda nutritionsproblemen. Nutritionsbehandling inkluderar åtgärder inom både HSL och SOL.
- Dietist har konsulterats av undersköterskor och sjuksköterskor i individ ärenden gällande nutrition (17 stycken).

Dietist har föreläst om Nutrition hos äldre för omvårdnadspersonalen.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Infektionsregistrering har gjorts varje månad liksom kvalitetsindikatorer från MAS. Vi har följt självskattning gällande basala hygienrutiner två gånger per år. Vi har granskat journalerna en gång per år utifrån en checklista som gjorts centralt i staden. Vi registrerar i Palliativa registret.

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

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer:

Verksamheten ska utföra riskbedömningar för hälso- och sjukvård utifrån MAS anvisningar. Riskbedömningarna är en del av det

preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risker samt kartläggning inför handlingsplan.

Mätmetod riskbedömningar som ska redovisas är:

- aktuella och uppdaterade hälsoplaner för nutrition, hud och fall
- infektioner
- fall som har lett till fraktur
- viktförlust > 5%
- antal boende som skickats in akut till sjukhus
- antal avlidna
- antal nya trycksår

Nutrition

- Viktkontroll var 3:e månad enligt gällande rutin.
- Munhälsobedömningar, ROAG. Genomförda under året: 7 stycken
- **MNA-** MNA screening (Mini Nutritional Assessment-screeningsverktyg för undernäring) 2 gång per år och vid behov. Genomförda MNA under året: 45 stycken initialt och 22 slutgiltiga bedömningar

MNA är ett frågeformulär som handlar om den äldres födointag, viktförlust, rörlighet, psykisk stress och/eller akut sjukdom, neuropsykologiska problem såsom depression och/eller demenssjukdom samt BMI. Låga poäng tyder på undernäring eller risk för undernäring. Sjuksköterskan gör utifrån screeningresultatet en individuell bedömning och kopplar in dietist vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Skolörten har sjuksköterskebemanning dagtid måndag-fredag. Sjuksköterskorna är knutna till specifika enheter inom boendet. Alla dagar från kl.16.00 tom 08:00 har vi avtal med jour sjuksköterska. Daglig samverkan sker mellan dessa parter.

Sjuksköterskorna samverkar med läkaren genom rond en gång i veckan och genomför även vårdplaneringar i teamet. Vi har samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång.

Temakonferens genomförs en gång i veckan med sjuksköterska, rehab personal samt omvårdnadspersonal. Målet är att alla boende diskuteras på teamet minst en gång per år.

I samband med att en boende skall flytta in till Skolörten eller åka till annan vårdinrättning, sker kommunikation med hjälp av överrapportering via telefon, fax samt journalkopior. Samverkan med läkarorganisation avseende läkemedelsgenomgång sker. På detta sätt säkerställs vårdkedjan.

Samverkan sker med St. Görans sjukhus, Brommageriatriken, vårdcentraler, andra vårdinstanser och MAS. Vid brister i vårdkedjan sker avvikelshantering enligt MAS riktlinjer.

Vi arbetar efter lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning av patienter i slutenvården.

Risکانالys- Verksamhet

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Skolörten bedöms fortlöpande om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet genom de riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munstatus som erbjuds samtliga boende vid inflyttning och sedan minst tre gånger per år. Sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas och eventuella negativa konsekvenser som skulle bli följden av händelsen bedöms.

Avvikelse skrivs när den boende har kommit till fysisk eller psykisk skada, samt vid avvikelser i läkemedelshantering. Dessa behandlas i team- och kvalitetsråd på enheten samt avdelningsmöten.

För att boende skall erhålla en kontinuitet i vården upprättas en genomförandeplan där det noggrant beskrivs vilka insatser den boende är i behov av och hur/när de skall utföras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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

MAR. På Skolörten rapporterar omvårdnadspersonalen direkt till sjuksköterskan vid händelsen samt skriver en avvikelse som lämnas till sjuksköterskan för registrering i Vodok. Avvikelser gällande fall eller medicinska tekniska produkter lämnas till sjukgymnast/arbetsterapeut för bedömning. Alla avvikelser rapporteras till HSL-ansvarig chef. Vid allvarliga avvikelser kontaktar verksamhetschefen Masen snarast. Sjuksköterska/ biträdande enhetschef kontaktar även närstående för att informera om inträffade händelse samt åtgärder.

Avvikelser utreds av enhetschef eller biträdande enhetschef. Återkoppling sker till involverad personal, på avdelningsmöten, kvalitetsråd samt APT. Utredning sker via journalgranskning och intervjuer med berörd personal. Åtgärder dokumenteras och sammanställning av avvikelse sker månadsvis på kvalitetsråden.

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och återkoppling om åtgärd ska ske snarast, utan fördröjning, till berörd part. Klagomålet diskuteras alltid i den personalgrupp där det uppkommit och behandlas på avdelningsmöten samt på arbetsplatsträffar.

Alla klagomål eller synpunkter inkommande från boende, anhöriga, personal, vårdgivare myndigheter el. dyl. som har medfört vårdskada eller risk för vårdskada, skrivs som en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens avvikelssystem. De rapporteras omgående till MAS Blanketter för synpunkter och klagomål finns lättillgängliga för boende och närstående.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som lett till avvikelser sammanställs och analyseras på kvalitetsmötena för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet Dessa ärenden diskuteras även vid behov på avdelningsmöten för att identifiera mönster.

Påminnelser till personalen om verksamhetens rutiner gällande avvikelser under året på avdelningsmöten. En del avvikelser handlar även om larm och där har företaget varit här och tittat över sin teknik.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

På Skolörten har vi tät kontakt med de boende och deras närstående.

Som boende på Skolörtens vård- och omsorgsboende erbjuds på inflyttningsdagen en namngiven kontaktman och en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Biträdande enhetschef närvarar vid alla inflyttningsamtal. Den individuella vårdplaneringen där den boendes levnadsberättelse ges stort utrymme, startar inflyttningsdagen och fortsätter sedan, inom 14 dagar, med ett planerat ankomstsamtal tillsammans med den boende och dennes anhöriga/närstående om den boende så önskar. För att stärka möjligheterna för att vara delaktig i planeringen av insatser och kunna påverka hur de utförs och att känna trygghet i att få en god omvårdnad och en säker hälso- och sjukvård informerar vi även om möjligheten att boende och/närstående kan lämna synpunkter/ klagomål till oss hur vi arbetar med dessa.

Enhetschef och biträdande enhetschef har närståendemöten 2 gånger per år.

Resultat 2017

MAR MAS STATISTIK

Nutrition

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutritionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutritionsbedömning används MNA, Mini Nutritional Assesment.

Dietisterna i Västerort har varit involverade tillsammans med läkare och sjuksköterska utreda, ordinera, behandla och följa upp nutritionsbehandlingen utifrån nutritionsstatus/diagnos. Dietisterna har gjort en egen sammanställning av utförda arbetet under året på särskilda boenden som redovisas som ett eget dokument i patientsäkerhetsberättelsen.

Andel riskbedömda för malnutrition, MNA:

Skolörtens vård- och omsorgsboende; utförda 45 MNA initialt och MNA slutgiltigt 22

Munhälsobedömning ROAG har utförts, men inte i den utsträckning som är önskvärt. På Skolörtens Vård-och omsorgsboendet gjordes 7 stycken.

Trycksår

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning. Modifierad Nortonskala ska användas. Inga avvikelser gällande trycksår har kommit in.

Fall

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder. Riskbedömningen erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex.

Antalet fall och skador till följd av fall på Skolörtens vård- och omsorgsboende är 61 stycket varav 2 ledde till fraktur. Avvikelser gällande fall tas alltid upp på teamen utifrån ett individuellt perspektiv.

ADL- Aktiviteter

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en bedömning av sin ADL-förmåga, Aktiviteter i Dagliga Livet avseende personlig vård, i syfte att identifiera vårdtagare som med hjälp av träning eller förebyggande åtgärder såsom strategiska insatser eller hjälpmedel kan bli mer självständiga i sin personliga vård och/eller minska risk för skador ex. fallolyckor. Även ADL bedömningen identifierar risker och erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Sunnås.

Inkontinens

Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning gjord, som är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet. Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Andel boende med utförd inkontinensutredning, Nikola på Skolörtens vård- och omsorgsboende är 8 stycken

Övrigt

Avvikelser ”Brist i vårdkedjan” finns ett styck. Under 2017 har det registrerats 9 läkemedelsavvikelser. Vad gäller läkemedelsavvikelser handlar det ofta om att man glömt ge mediciner till den boende.

En Lex Maria-anmälan är gjord, ingen Lex Sarah

Måluppfyllelse

-
- Vi har utbildat både fast personal och sommarvikarier i läkemedelshantering och delegering.
 - Vi har inte uppnått målet helt med att göra riskbedömningar till 100%
 - Vi har inte gjort infektionsregistreringen fullt ut
 - Vi har utbildat Palliativa ombud för att stödja och leda den övriga personalen i det palliativt synsätt
 - All omvårdnadspersonal har fått utbildning i Nutrition hos äldre av dietist
 - Vi har utvecklat och strukturerat team-möten genom nya rutiner för att öka patientsäkerheten
 - Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har utbildat personal i förflyttningsteknik

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi kommer under 2018 arbeta med att förbättra och förtydliga vårt ledningssystem och det systematiska kvalitetsarbetet med processer och rutiner

- Det finns förbättringsområden som behöver utvecklas i verksamheten så som riskbedömningar hos patienter samt upprättande av hälsoplaner med identifiering av problem samt åtgärder
- Införa ”Att-göra-listan” för att säkra dagsplanering och att ordinationer/åtgärder dokumenteras i Vodok
- Vi kommer börja registrera i kvalitetsregistret Senior Alert
- Följa Masens riktlinjer gällande kvalitetsindikatorer
- Vi kommer arbeta med och implementera BPSD
- Vi kommer fortsätta arbetet med att utveckla kvalitetsrådet med genomgång av avvikelser i förebyggande syfte.
- Vi kommer arbeta för att skapa goda team kring den boende för att öka trygghet och patientsäkerhet.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommer undervisa och handleda personalen i det ergonomiska arbetet inom förflyttningsteknik

-
- Alla inkontinenshjälpmedel ska vara förskrivna av sjuksköterska och journalförda
 - Utbilda 3 undersköterskor till Silviasystrar
 - Under året kommer vi satsa på utbildning för omvårdnadspersonalen till undersköterskor för att höja den formella kompetensen
 - Samarbete med hygiensjuksköterskan för en god hygienisk standard