



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Koppargårdens Vård- och omsorgsboende
År 2017

2018-03-01
Ewa Örjebo

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	12
Informationssäkerhet	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	13
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

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 Downton, Modifierad Norton skala, MNA Initial/ slutgiltig och utifrån poängskalan har respektive OAS upprättat omvårdnadsplaner och omvårdnadsåtgärder. Alla berörda sjuksköterskor fick återkoppling gällande dokumentation.

MAS/MAR i Hässelby/Vällingby och samordnaren för HSL-dokumentation har tagit fram ett dokument för egenkontroll HSL-dokumentation där dokumentet verksamhetsegen utvärdering används som grundmall. Syftet med egenkontrollen är att verksamheten ska få en uppfattning av sin dokumentationsmognad och att öppna upp för en dialog. Egenkontrollen kommer även innebära möjlighet till kompetensutveckling hos dokumentationshandledare och användare av Vodok/ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)/Kvå (Klassifikation av vårdåtgärder).

Under året 2017 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 poängskala har man ordinerat och utfört relevanta omvårdnadsåtgärder samt att bestämt tid för uppföljning för att utvärdera dessa åtgärder.

Under året 2017 är alla patienter som avlidit på enheten registrerade i palliativa registret.

Utbildningar för hög patientsäkerhet

I juni genomfördes en utbildningsdag för all timanställd personal där förflyttningsutbildning där man går igenom både manuell förflyttningssteknik och förflyttningsmed personlyft. All omvårdnadspersonal ska ha genomgått utbildning i förflyttningsmed personlyft. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder kontinuerligt omvårdnadspersonal i handhavande av hjälpmedel både generellt och i specifika situationer.

Utbildning för palliativa ombud

Under våren 2017 genomfördes en satsning på att utbilda palliativa ombud på olika verksamheter för äldre personer (över 65år) i Hässelby-Vällingby stadsdel. Utbildningen skedde i samarbete med Palliativt kunskapscentrum (PKC).

Från Koppargården deltog sju undersköterskor.

Under hösten 2017 anordnades två nätverksträffar för palliativa ombud i syfte att ge stöd för att sprida kunskap för sina medarbetare i det vårdnära arbetet på den egna arbetsplatsen samt för utbyt sina erfarenheter i sin roll som palliativ ombud. Verksamheten får kontinuerligt information om att ta vara på palliativa ombuds kunskap, att ge dem möjlighet att sprida den till övrig personal samt att palliativ vård innebär att olika yrkeskategorier ska arbeta i team för god kvalitet för vården.

Palliativvård är allt mer aktuellt då svårt sjuka personer vårdas allt kortare tid på akutsjukhus/slutenvård och har omfattande vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut till särskilda boende.

Utbildningar under året

Sjuksköterskor:

- Anhörigstöd från SDF
- Utbildning i kollegial observation för sjuksköterskor
- Hot & våld i nära relationer bland äldre
- ICF intern utbildning med HSI samordnaren vid olika tillfällen
- Vodok-dokumentation utbildning intern.
- Munhälsobedömning via Flexident/ folktandvården.
- Två heldagars utbildning i ledarskap för sjuksköterskor.
- Psykisk hälsa, övervikt/fetma & våld i nära relationer
- Uppdateringar i verktyget Pascal
- Hjärtsvikt – en folksjukdom
- Diabetes och äldre
- Äldre & Läkemedel gällande läkemedelsgenomgångar
- Utbildning i klokalistan för sjuksköterskor.
- Basal handhygien
- Sårvårds utbildning
- Inkontinens utbildning

Omvårdnadspersonal:

- Demensutbildning (för de som arbetar på demensavdelning)
- Silviasysterutbildning för undersköterskor
- Utbildning i kollegial observation för undersköterskor
- Utbildning i munvård via Flexident
- Webb utbildning i basala hygienrutiner
- Sårvårdutbildning som hålls på KG
- Palliativ vård för undersköterskor, ombuden är diplomerade.
- Värdegrundsledare utbildning
- Undersköterskeutbildning, del 1, 2,3 4 och 5
- Vårdpedagogik och handledning 100 poäng
- IT i vård och omsorg 100 poäng
- Samhällsbaserad psykiatri 100 poäng
- Palliativ vård 100 poäng

-
- Föreläsning om stöd till anhöriga,
 - Att njuta av livet när man har en demenssjukdom
 - Demens föreläsning som hålls på Koppargården
 - DigIT Att leda alla kan surfa
 - DigIT språkombudsutbildning

På planeringsdagarna har vi arbetat med värdegrundsarbete, Kommunikation, samarbete och verksamhetsplan.

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. Koppargårdens mål och strategi för 2017 har varit att:

- Fortsätta att 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

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.

Verksamhetschef

En verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen svarar för att ge MAS och MAR förutsättningar för att fullgöra sina uppdrag.

- 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

- ansvarar för att rutiner implementeras och följs .
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Bestämmelserna om vad en MAS ansvarar för har i och med den nya HSL flyttats från HSL till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS ansvarar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - läkemedelshantering
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

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.

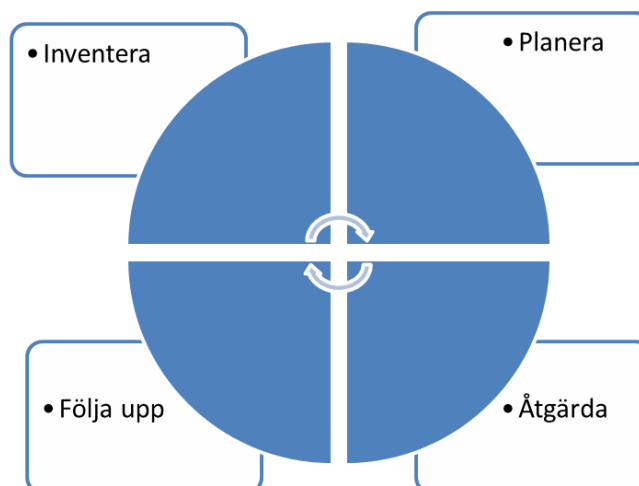
Omvårdnads personal

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

SOSFS 2011:9 3 kap. 2

§



I verksamheten arbetar vi utifrån ovanstående modell.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapporterar händelser direkt till legitimerad personal och ansvarig biträdande enhetschef. Sjuksköterskan informerar boende/närstående. När avvikelserna bedöms allvariga rapporteras detta även till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt

kontakt med MAS-/MAR.

Avvikelse som skett tas upp med inblandade personal. Ansvarig sjuksköterska följer upp vad som har orsakat händelsen och säkerställer att rutiner följs för att det inte skall hända igen. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok. Samtliga avvikelser skrivs ut och sparas i pärm. Enheten har kvalitetsråd 1 gång/ månad. Medverkande på kvalitetsråd är enhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och kvalitetsombud på resp plan. MAS och MAR är också med ibland. På kvalitetsrådet går vi igenom och för statistik på samtliga avvikelser under föregående månad. Vi analyserar olika samband för att se om det finns skäl att justera någon rutin. Vi diskuterar också rutiner, synpunkter och klagomål och övriga utvecklingsområden.

Minnesanteckningar förs och informeras till övriga medarbetare på arbetsplatsträffar.

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 2017 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.

Åtgärder under året

Kollegial observation: Fyra undersköterskor har genomgått utbildning för att kunna utföra kontroller så att vi kan förbättra vår egenkontroll i områden som omvårdnad, måltidssituationer och bemötande bland annat. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitet och patientsäkerhet.

Palliativutbildning: Sex undersköterskor har genomgått utbildning till Palliativa ombud för att kunna handleda kollegor i det palliativa

vårdarbetet tillsammans med HSL personalen.

Utbildning i anhörigstöd vilket kommer fortgå under 2018.

Utbildning i Demens ABC tillsammans med Silviasyster vilket kommer fortgå under 2018

Dokumentationsutbildning

Dietisten har haft utbildning för sjuksköterskor

Kostmöten och information om konsistenstrappan

Vi har haft Kvalitetsmöten där vi gått igenom alla avvikelser och analyserat bakomliggande orsaker , vidtagna åtgärder och planerade åtgärder. Återkoppling sker till omsorgspersonalen via APT, rapporter och teammöten.

Silviasysterutbildning påbörjad för fyra undersköterskor för att förstärka vår kompetens inom området.

Vi har under året utbildat undersköterskor till Språkombud vilka stöttar sina kollegor med exempelvis dokumentation som en del i en satsning på den sociala dokumentationen med mål att ge en bra kontinuitet i vården och förbättra delaktigheten i vårdens utförande.

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 hygiensjuksköterska i staden där vi utbildar all personal i hygienrutiner.

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

Kvalitetstillsyn genomförs årligen av MAS/ MAR och kvalitetstillsynen är enkontroll 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 vårdsängar.

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.

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 Assessment.

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. På Koppargården har man haft 174 patientkontakter under året.

Munhälsobedömning ROAG har utförts, men inte i den utsträckning som är önskvärt.

Koppargårdensvård- och omsorgsboende 89 patienter

Liviagården 25 patienter

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.

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.

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.

Kvarliggande kateter (KAD) i urinblåsan används endast på läkarordination.

Medicintekniska produkter/Hjälpmedel

Att årlig besiktning av sängar och personlyftar har genomförts och att produkter med anmärkning har åtgärdats. Övriga hjälpmedel kontrolleras av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut en gång per år eller vid behov. Omvårdnadspersonalen gör funktionskontroller löpande vid daglig omvårdnad.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § 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 sluten och öppenvården etc.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Koppargården arbetar verksamhetschef, enhetschef och legitimerade personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten som underlag används avvikelserapportering 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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inga loggkontroller har utförts under året. Detta område behöver utvecklas under 2018.

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 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.

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.

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. Närstående och patienter uppmuntras att kontakta sjuksköterska eller ledning om man har synpunkter på vård- och omsorg.

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

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Sammanställning av statistik/kvalitetsindikatorer under året

20 nya trycksår som har uppkommit på verksamheten.

65 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan kl. 07-16.

25 patienter skickades akut in mellan kl. 16-21.

3 patienter skickades akut in mellan kl. 21-07.

13 patienter föll så att det ledde till fraktur.

46 patienter avled på boendet.

Sammanställning av infektionsregistrering, antibiotikabehandlade infektioner

84 registrerade pneumonier (plan 3 hade ovanligt många, 34)

14 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare med kateter)

48 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare utan kateter)

8 registrerade influensa (i december-januari-17)

9 virusorsakade maginfluensa (alla 9 på Liviagården, januari -17)

32 sårinfektioner

23 ”annan hud-mjukdelsinfektion”

4 *Chlostridium difficile* diarré (alla 4 fall på plan 6)

37 annan infektion

MRSA: Odlingar vid nyinflyttad 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 handlingsprogrammet.

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

Brister i läkemedelshantering: 76

Avvikelser Specifik omvårdnad:

En dokumenterad avvikelse i specifik omvårdnad.

Avvikelser Brister i vårdkedjan:

Två dokumenterade avvikelser i brister i vårdkedjan

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi på kommer att bedriva ett fortsatt arbete med dokumentationen i Vodok systemet och integreringen av ICF- systemet som nu varit igång ett tag. Vi kommer utveckla och implementera teammöten där legitimerad personal tillsammans med omvårdnadspersonal går igenom boendes behov grundligt. Vi kommer under året att fortlöpande anmäla omvårdnadspersonalen till undersköterska/vårdbiträdesutbildningar för att höja den formella kompetensen för omvårdnadspersonalen.

Fyra av våra undersköterskor har under 2017 påbörjat utbildning till Silviasyster vilket gör att vi tillsammans med de Silviasystrar vi redan har i verksamheten kommer ha sex personer med denna specialkompetens inom demens. En av våra Silviasystar håller studiecirkel, "Demens ABC" för omsorgspersonalen. Dessa insatser genomförs för att höja kompetensen inom området.

Vi har under 2017 utbildat flera undersköterskor inom kollegial observation och de kommer börja göra observationer under året. Vi planerar att fokusera på omvårdnadssituationen i första hand och genomföra ett antal observationer på varje plan för att kunna identifiera förbättringsområden och arbeta med dessa.

Planer finns också för utbildning inom psykiatri för personal som arbetar på Liviagården.

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.

Vi kommer fortsätta att utveckla arbetet med palliativ vård. Under 2017 har sex undersköterskor gått utbildning till Palliativa ombud och vi arbetar vidare med att sprida kunskap på boendet om palliativ vård.

Arbetet med att utveckla arbetssättet i Kvalitetsrådet kommer fortgå. Vi siktar på att bättre sammanställa och dra slutsatser av klagomål och synpunkter. för att se om vi kan dra vidare slutsatser.

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