

Patientsäkerhetsberättelse



2017

Alströmerhemmet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	8
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Risikanalys	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	19
Sammanställning och analys.....	22
Samverkan med patienter och närstående.....	23
Resultat	24
Klagomål/Avvikelse lämnade av:.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Klagomål/Avvikelse som avser:.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål och strategier för kommande år	25

Sammanfattning

Vår verksamhet utgår från en salutogen värdegrund och fokuserar på vad som är meningsfullt för den boende ur ett hälsoperspektiv samt att vi ska säkerställa en trygg och säker hälso- och sjukvård för varje enskild boende.

Genom ett systematiskt kvalitetsledningssystem "Leva", arbetar vi utifrån processer och aktiviteter. Dessa leder vidare till styrande dokument, riktlinjer och rutiner. Ledningssystemet omfattar alla processer med avvikelshantering kopplat till förbättringsåtgärder. Avvikelserna har registrerats i kvalitetsledningssystemet, tagits upp i kvalitetsforum och diskuterats på arbetsplatsträffar eller i mindre forum när behov så uppstått. Vi har jobbat med att sprida nödvändigheten av att skriva en avvikelse som ett led att förhindra att händelsen upprepas. Vi har också informerat om hur man skriver en avvikelse och vad man skriver i en avvikelse.

Tillsyn och uppföljningar internt och externt av uppdragsgivare har utförts enligt planering.

Genom samverkan med Vårdhygien har regelbundna uppföljningar genomförts för kontroll av efterlevnad i verksamheten av basala hygienregler och hygien av lokaler med förslag till förbättringar. Webbutbildningen "Basal vårdhygien" har alla medarbetare utfört under året samt interna egenkontroller har genomförts.

För att öka kvaliteten på HSL-dokumentationen har vi utfört egenkontroll i dokumentationsmodellen ICF som resulterat i en handlingsplan som sträckt sig genom hela 2017. Vi har följt handlingsplanen som medfört en förbättrad dokumentation.

Samverkan med läkarorganisationen, Legevisitten, har skett genom regelbundna besök på verksamheten där undersökningar, behandlingar och läkemedelsuppföljningar ingått. Detta har lett till en god patientsäkerhet för den boende och möjliggjort att den boende också fått god vård i livets slutskede.

Vi har samverkan med Apoteket AB genom årlig apoteksgranskning, för att säkerställa att verksamhetens läkemedelshandling har en god patientsäkerhet. Egenkontrollen sker genom checklistor och uppföljning av signeringslistor och delegeringar. Sammanfattande resultat från årets apoteksgranskning: "Läkemedelshandlingen på Alströmerhemmet fungera utmärkt".

Samverkan med Flexident (upphandlad tandvård) innebär årlig munhälsobedömning och utbildningar till vård- och omsorgspersonal. Det har bidragit till att boendes munhälsa är av god kvalitet.

Registreringarna i Senior Alert har ökat till 94% där av 97% har åtgärdsplan vid risk.

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, men resultatet i sin helhet visar behov av utveckling/förbättring speciellt inom vissa prioriterade områden, se kap 5.

Sex omvårdnadspersonal har gått utbildning till Palliativa ombud genom Kungsholmens stadsdels försorg. Examination skedde den 31/1 2017. En kompetenshöjning för verksamheten och en trygghet för boende som befinner sig i livets slutskede, samt samtliga personal har genomgått webbutbildning "omvårdnad i palliativ vård" på PKC hemsida.

Vi har startat ett BPSD-team och startat registrering av boende i registret. Personal samt enhetschef på samma demensavdelning har varit på BPSD administratörsutbildning under hösten.

I överenskommelse med Röda Korset sjuksköterskeskola har vi tagit emot 12 ssk-studenter (fyra-veckors perioder). 2 KUSK-studenter (sjuksköterskor med utländsk examen som behöver komplettera till svensk legitimation) från Karolinska Institutet (KI). Vi har tagit emot en arbetsterapeutstudent och en sjukgymnaststudent från KI.

Resultatet för Qusta 2017 har ökat med tre procent från 95 till 98%.

Utökat antal enhetschefer med HSL-bakgrund har lättare säkerställt uppföljning o utvärdering av HSL-insatserna.

Alla boende har haft en årlig läkemedelsgenomgång.

Under året har vi börjat med HSL-möten i stället för separata möten för sjuksköterskor och paramedicinare. Gemensamma möten har ökat möjligheterna till samarbete, stärka teamet och säkra rutiner som medför tryggare och säkrare hälso-och sjukvård för boende.

Boende och närstående informeras om hur klagomål och andra synpunkter kan lämnas. Blanketter för detta finns synligt på anslagstavlor. Återkoppling sker muntligt eller via mail.

Övergripande mål och strategier

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

Vården och omsorgen bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande. Äldre personer ska i större utsträckning ha inflytande över när och hur beslutade insatser ska ges. Den 1 januari 2011 infördes också en ny patientsäkerhetslag. Syftet med lagen är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling. Vårdgivaren får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet på Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Kungsholmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Dessa riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Vi har fokus på den enskilde individen och utgår från varje persons behov av vård och omsorg och sätter in de åtgärder som behövs samt följer upp åtgärderna. Vi arbetar med ständiga förbättringar på ett systematiskt sätt genom att utföra riskanalyser och egenkontroller gällande fall, trycksår, nutrition och vårdrelaterade infektioner.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs tillsammans med läkarorganisationen för att säkerställa adekvat och säker medicinering av patienten.

Målet för hälso- och sjukvården vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att patienten ska:

1. känna sig trygg med att HSL-personalen har god kompetens
2. få god personlig omvårdnad och säker, individuell sjukvård
3. uppleva delaktighet/autonomi och känna att integriteten bevaras
4. vara välnärd, inte skadas av fall eller få trycksår
5. få en hälsofrämjande vardag

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §) Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Befattningsbeskrivningar tydliggör ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Kungsholmens stadsdelsförvaltning. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef ansvarar för att patienten och deras närstående görs delaktiga i analys och i förbättring. Verksamhetschef ansvarar för att de aktiviteter som berör patientsäkerhetsarbetet och som finns planerade i verksamhetsplanen genomförs och att målen följs upp i verksamhetsrapporten. I det ingår också utveckling och följsamhet av rutiner kring avvikelshantering. Kvalitetssystemansvarige inom Temabo AB och intern MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning. Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada ansvarar verksamhetschefen tillsammans med intern MAS för att utredning sker av händelsen. Extern Mas ska informeras om att utredning sker och även få kopia av anmälan och beslut från IVO.

Verksamhetschef ansvarar för att delge medarbetarna händelsen och resultat av utredning, samt vid anmälan även resultat från denna. Genom en lärandeprocess i teamet kring de boende, ta fram handlingsplaner för att förebygga att händelsen sker igen. Ansvaret för att ta fram handlingsplan med uppföljning och egenkontroll, utses av verksamhetschef.

Enhetschefer ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten. Enhetschef arbetar tillsammans med verksamhetschef i ovanstående ansvarsområden. På våra ledningsgruppsmöten varje vecka och kvalitetsforum en gång i månaden följer vi upp att de ansvarige personerna fullföljer sina arbetsuppgifter enligt fastställd rutin eller plan. D.v.s. att vi följer upp våra mål och tillhörande aktiviteter, följs upp på ledningsgrupp varje vecka och på kvalitetsforum 1 gång i månaden där alla yrkeskategorier är representerade.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument och att rapportera avvikelser och följa upp dessa. Leg. sjuksköterska ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering, utbilda, informera och delegera och följa upp delegering enligt rutin. Samt vid behov handleda vård- och omsorgspersonal för att öka den individuella boendes patientsäkerhet. Detta gäller även övriga behov som tillgodoses enligt

HSL.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att utifrån var och ens specifika yrkesprofession, tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner, tillgodoses för att vara ett stöd och öka dennes patientsäkerhet. I ansvaret ingår också att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument, att rapportera avvikelser och följa upp de som ingår i professionen. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende. Detta innebär att tillse att var och en får kunskap i de medicinsktekniska hjälpmedel som används och övriga hjälpmedel. I ansvaret ingår även att följa upp att dessa används på ett patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till den individuella boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade HSL uppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. I ansvaret ingår att följa aktiviteter och fastställda processer.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapporteras av medarbetarna och dokumenteras av sjuksköterska i dokumentationssystemet VODOK. Där beskrivs också bedömning och åtgärd. Uppföljning ska ske av den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession. Därefter gör verksamhetschefen sin bedömning. Verksamhetschef utreder eller tar fram handlingsplan för att förbättra metoder eller arbetssätt. Varje månad har intern MAS ansvar för att utifrån sin roll, göra en bedömning av avvikelserna och följa upp eller avsluta, beroende av utfall på den åtgärd som är gjord. Antalet, typ av avvikelser, inklusive riskbedömning följs upp varje månad på kvalitetsforum där alla yrkesprofessioner deltar.

För att eliminera vårdskador, arbetar Alströmerhemmet i tvärprofessionella team vilket är ett sätt för att säkerställa att den vård och omsorg som ges är ändamålsenlig, individuell, kunskapsbaserad, patientsäker och jämlik. Teamforum är ett arbetssätt för att alla medarbetare kring en boende ska veta vad vi gör- vem som gör det-hur gör vi det och vi följer upp resultatet. Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende. För att ytterligare förstärka patientsäkerheten har vi under året börjat med gemensamma möten för ssk och paramedicinare.

Temabos interna MAS genomför egenkontroll av hälso- och sjukvård. Detta är en del av Temabos egenkontrollprogram och kontrollen utgår från vårt kvalitetsledningssystem LEVA. Det är ett verktyg för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten och levandegöra vårt planerings- och uppföljningsarbete. I och med detta får vi en illustrativ röd tråd för hur vision, värdegrund, mål och arbetssätt är kopplade till varandra. Ledningssystemet baseras på Socialstyrelsens riktlinjer Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

Vårt nuvarande arbetssätt med egenkontroller kommer att kvarstå som en del i verksamhetens egenkontroll, vilket är en central del i SOSFS 2011:9. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer krav på kvalitet i utförandet av alla tjänster inom HSL och fokus har legat på patientsäkerhet, riskbedömning, internt kvalitetsarbete och efterlevnad av befintliga rutiner.

Metod: Granskning, uppvisande av dokument, stickprovskontroller samt beskrivningar av arbetsuppgifter utifrån dokumenterade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet samt i verksamhetens lokala rutiner.

Verksamhetschef och enhetschefer gör egenkontroller utifrån årshjulet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv kontrolleras följsamhet av hygienföreskrifter, att egenkontroll av livsmedel genomförs, att larmkontroll genomförs, att medarbetarna känner till avvikelserutiner, att hygienregler följs i tvättstugor, att städningen fungerar i allmänna utrymmen.

Extern MAS och extern MAR gör årligen en översyn av verksamheten.

Qusta används som kvalitetsinstrument. Det består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform.

Avvikelse tas upp på ledningsgrupp, planmöten, kvalitetsforum och arbetsplatsträffar (APT)

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas i ledningsgruppen och handlingsplan upprättas om så behövs samt redovisas varje tertiäl till stadsdelen tillsammans med avvikelser inom SoL.

Månatlig statistik för infektionsregistrering skickas in till stadsdelens MAS.

Varje år genomförs granskning från Apoteket AB och vartannat år från Vårdhygien.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

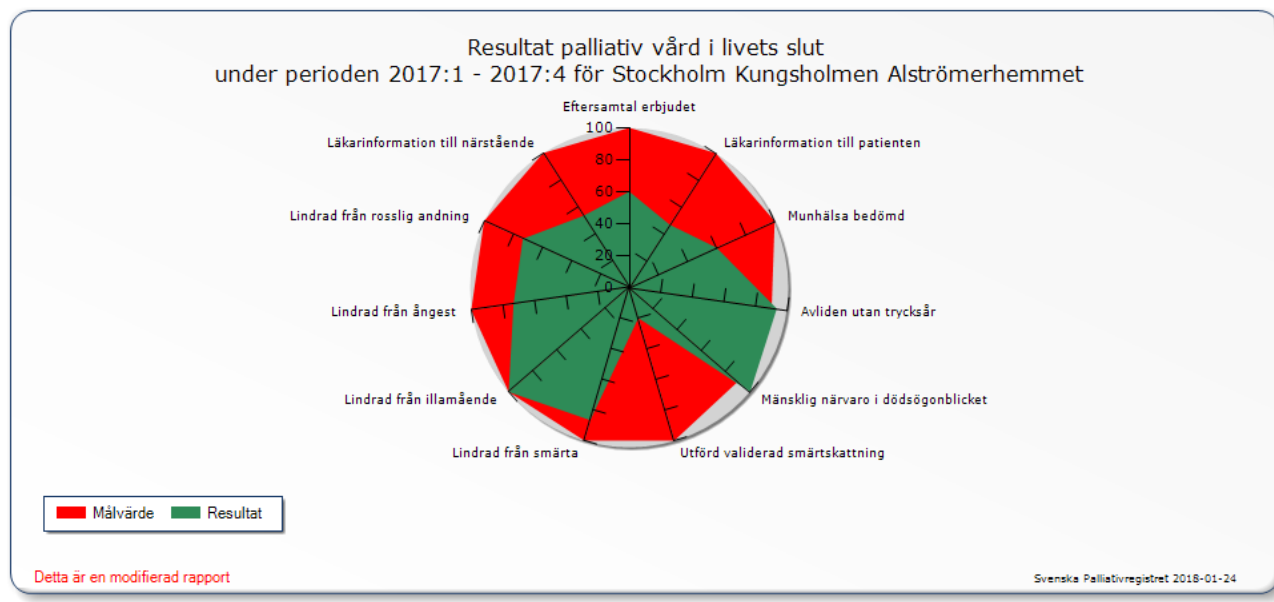
För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs till HSL-personalens dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska. Avvikelserna registreras enligt Temabos ledningssystem och följs upp vid månatliga arbetsplatsträffar, kvalitetsforum och HSL-möten.

Teamforum: För att säkerställa att den medicinska informationsöverföringen är tillgänglig för omvårdnadspersonalen i sitt dagliga arbete så arbetar vi med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamheter kring den boende kan initiera till teamforum vid behov. Teamforum är schemalagt var 4 vecka för samtliga enheter.

Tillgänglighet för riktlinjer: Samtliga medarbetare har åtkomst till ledningssystem med riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. Lokal rutinpärm med aktuella utskrifter för riktlinjer inom diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig för tillfälligt anställd legitimerad personal.

Palliativa registret

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, men resultatet i sin helhet visar behov av utveckling/förbättring inom vissa områden.



Senior Alert

Boende registrerade under 2017

Vi har fortsatt arbetet med att registrera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, se diagram nedan

Vårdprevention och utfall									
Sverige / Kommun / Landsting		År		Typ av enhet					
Stockholm stad		2017		Alla					
	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Stockholm stad	3453	93% 4 187 av 4 514	77% 3 233 av 4 187	89% 3 720 av 4 187	49% 1 483 av 3 041	494 377 personer	1898 personer	1397 587 personer	1149 personer
Alströmerhemmet	103	94% 163 av 174	93% 151 av 163	97% 158 av 163	52% 68 av 128	19 14 personer	56 personer	22 11 personer	52 personer

Egenkontroll av utförda riskbedömningar under 2017:

Verksamheten utför interna egenkontroller av bl.a. utföra riskbedömning d.v.s. ROAG, Downton, MNA, Norton, Nikola.

Utvecklings/förbättringsområde enligt Palliativa registret är smärtskattning/Abby Pain Scale.

Genomförda åtgärder för att öka patientsäkerheten under 2017:

Arbetet med att öka kvalitets på HSL-dokumentationen har fortsatt vilket har lett till ökat antal riskbedömningar.

Kommunikation/Rapportering har säkerställts genom att implementera rutinen för överrapportering mellan olika arbetspass. Följsamheten kontrolleras i olika forum.

Under 2017 har ytterligare 4 medarbetare bl.a. en ssk och en enhetschef fått utbildning som BPSD-administratörer. Målet är att alla medarbetare från olika yrkeskategorier ska ha kunskap om hur boende som drabbas av beteendemässiga symtom med demens ska bemötas, vilket bidrar till en mer personcentrerad vård.

Nattbemanningen har ökat med 2 medarbetare vilket innebär totalt 8 omvårdnadspersonal nattetid, Detta för att säkerställa att demensavdelningar inte lämnas obemannade.

Inför uppstart av NVP, 2018, har medarbetarna varit på utbildningar och föreläsningar om vård i livets slut vilket har lett till högre kompetens för personalen, säkerställa personcentrerad vård i det palliativa skedet samt tvärprofessionellt samarbete kring boende i livets slut.

Våra anhörigombud, har hållit i 8 utbildningstillfälle för omsorgspersonal i hur man stöder anhöriga och därmed skapar trygghet för boende.

Sex medarbetare har uppnått undersköterskekompetens vilket ökat andelen utbildad omvårdnadspersonal.

Alla chefer på Alströmerhemmet har HSL bakgrund vilket säkerställer uppföljning och utvärdering av HSL-insatser i högre utsträckning.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Uppdragsgivaren utför uppföljning genom granskning av journaler och annan dokumentation. Det åligger ansvarig personal inom verksamheten att utföra journalgranskning, Intern MAS ansvarar för att genomföra en internkontroll för att säkerställa att journalgranskning har utförts enligt plan, samt att en handlingsplan har upprättats utifrån ev. avvikelser som identifierats i den genomförda egenkontrollen. Checklistan för upprättande av en patientjournal hålls uppdaterad med att ge anvisning om hur sjuksköterskan i dokumentation säkerställer att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen samt hur omvårdnadspersonalens iakttagelser och observationer dokumenteras för att säkra att vårdplaner upprättas. Journalgranskning sker genom egenkontroll och uppdragsgivarens uppföljning, kontroll av läkemedelshantering samt brukarundersökningar och Socialstyrelsens "Öppna jämförelser om vården och omsorgen om äldre".

Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning 2017

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av extern MAS och extern MAR. Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan verksamheten och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

1. Läkarkontakt.

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen ska ta kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska hållas aktuella. Aktuella avtal för läkarinsatser ska finnas tillgängliga.

Bedömning/Förbättringsåtgärd

Verksamheten har ett bra samarbete med läkare som ansvarar för de boende på Alströmerhemmet. Lokala rutiner finns för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetet pågår för att få läsbehörighet i läkarjournal via NPÖ.

2. Läkemedelshantering

MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har en säker läkemedelshantering. Fortsätt verka för att för överlämnande av läkemedel ska signeras på signeringslista.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för utbildning säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringen ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering för inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Rutinen för delegering fungerar bra. Det finns ett utbildningshäfte som används i samband med delegering som deras interna MAS har tagit fram. Verksamheten har förbättrat kunskapskontrollen vid förnyat beslut om delegering.

4. Avvikelse

Lokala rutiner för avvikelshantering och risk och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. Risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata åtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Åtgärder ska återkopplas till personalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Avvikelshanteringen fungerar bra.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel som används i verksamheten ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. En inventarieförteckning där bland annat intervaller för översyn/kontroll framgår ska finnas.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten behöver säkerställa rutiner för hur avvikelser med medicintekniska produkter ska hanteras.

6. Hygien

Verksamheten ska följa Vårdhygiens rutiner för basal hygien. Det ska finnas möjlighet att tvätta händerna i samband med vårdarbetet och ha tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har vidtagit åtgärder inom hygienområdet. Egenkontroller utförs kontinuerligt.

Verka för att alltid använda engångsinstrument i stället för kemisk rengöring.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning samt vid uppmärksammade behov och följas upp minst årligen. Insatser från sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut ska vid behov att detta erbjudas. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsobefrämjande arbetssätt både generellt och utifrån individuellt bedöma behov hos patient.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten uppfyller kriterierna i Qusta.

8. Demens

Tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning inom området ska finnas för att säkra att personalen har tillräcklig kompetens inom demensområdet. Det ska finnas lokala rutiner för hur beslut tas vid behov att använda skyddsåtgärder.

Bedömning/Förbättringsåtgärd

Säkerställ att all berörd personal får kompetensutveckling avseende vård av personer med demenssjukdom.

Vid nyanställning all personal gör webutbildning Demens ABC+

Fler personal kommer att gå BPSD utbildning på dom olika avdelningarna

Verksamheten har börjat arbeta strukturerat med BPSD registret på en avdelning. Denna avdelning kommer att stötta detta arbete med att implementera BPSD på övriga avdelningar.

9. Fall och fallskador

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga fall och fallskador. Riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet/minst en gång per år. Det tvärprofessionella teamet av hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Personalens kompetens inom området ska säkerställas t.ex. genom utbildning, handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska analyseras och hanteras i verksamhetens system för avvikelshantering.

Bedömningar/Förbättringsåtgärder

Verksamheten uppfyller kriterierna i Qusta.

10. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppstår. Riskbedömning enligt Modifierad Nortonskala ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet/minst årligen. . Det tvärprofessionella teamet av hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Implementera användandet av evidensbaserad skattningsskala för smärta då patienten har trycksår.

11. Nutrition

Enheten ska ha rutiner för att förebygga malnutrition. Riskbedömning enligt MNA(Mini Nutritional Assessment) ska erbjudas alla patienter vid inflyttning och vid behov följas upp regelbundet/minst årligen. Det tvärprofessionella teamet av hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Fungerar bra. Arbetar i team med nattpersonalen för att säkerställa nattfastan.

12. Mun och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhälsans kondition. Denna munstatus ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Viktig att sjuksköterskan utför munstatus och gör bedömningen vid inflyttning.

Verksamheten har planerat utbildningen i ROAG.

13. Inkontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problemen med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Ta fram en lokal rutin för patient med kvarliggande kateter.

14 Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och att delta vid vårdplaneringen. Etnisk och religiös tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Säkerställer att vi använder evidensbaserad skattningsskala för bedömning av patientens smärta.

Vi ska implementera i verksamheten erbjudande av efterlevandesamtal till närstående.

15 Dokumentation

All legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamheten har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning.

Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjer är kända och följs av den legitimerad personal.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har rutiner för egenkontroll och loggkontroller.

Utveckla egenkontrollen genom att stimulera till kollegialgranskning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Alströmerhemmet och Legevisitten. Stadsdelens MAS kallar ett par gånger per år till samverkansmöten med läkarorganisationen.

Sjuksköterskor och paramedicinare deltar i nätverksmöten inom Temabo som äger rum vid minst två tillfällen per år. Dessa möten syftar till att medarbetarna får träffa kollegor inom sin profession och utbyta erfarenheter och goda exempel.

Verksamhetschefen ingår i ett nätverk av andra verksamhetschefer. Nätverket diskuterar bl a patientsäkerhetsfrågor för erfarenhetsutbyte och att lära av varandra. Verksamhetschefsmöten äger rum fyra gånger/termin.

Skriftliga rutiner finns för läkarkontakt. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd medföljer en akutrappport boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhets, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter samt ansvarar för att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Genom att den legitimerade personalen tar del av och deltar i omsorgspersonalens dokumentation säkerställs att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga i den sociala dokumentationen och att dessa överensstämmer med sjuksköterskans, arbetsterapeutens, sjukgymnastens och läkarens ordinationer.

Omsorgspersonalen skriver löpande anteckningar i den sociala journalen. Genom att sjuksköterskan aktivt läser de löpande anteckningarna i sociala journalen kan han/hon tidigt identifiera risk för vårdskada. Likaså borgar rutinerna kring avvikelssystemet för att insatser ska kunna sätta in i tid för att minska risken för vårdskada.

Inom två veckor efter inflyttning ska vårdplanering hållas. Vid vårdplanering deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; om möjligt kontaktman och ansvarig sjuksköterska, samt arbetsterapeut och sjukgymnast. Rehabpersonalen träffar dock alltid den boende direkt i samband med inflyttning samt regelbundet under året. I fall den boende vid inflyttning befinner sig så långt i demenssjukdomen, eller av annan orsak inte kan berätta om sig själv uppmuntras närstående att fylla i en levnadsberättelse.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i månaden. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, som till exempel när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner, brister i omsorgen eller brister i bemötande, alternativt vid önskemål från boende eller närstående.

Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från vem som helst i teamet men

det är sjuksköterskan som ansvarar för att det bokas och är den som håller i mötet.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. De genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omsorg, organisation, arbetsmiljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med MTP där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Inom patientens två första veckor skall sjuksköterskan göra riskbedömningar för att bedöma patientens status omfattande MNA, Norton, ROAG, NIKOLA och Downton Boende träffar utan dröjsmål arbetsterapeut och sjukgymnast för en grundlig bedömning av förflyttning och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Den ansvariga sjuksköterskan skall vid nyinflyttning samt vid förändringar i boendes hälsotillstånd identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förhindra malnutrition samt trycksår. Sjukgymnasten skall identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förebygga fallskador.

Läkaren skall tillsammans med sjuksköterska göra en läkemedelsgenomgång. Denna läkemedelsgenomgång görs sedan en gång om året.

Detta ska sedan dokumenteras i HSL- journalen vilket skall kompletteras med registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, givet att medgivande för registrering finns.

Vi arbetar i BPSD-registret och syftet med detta är att öka livskvaliteten för personer med demens. Arbetet med BPSD bidrar till en personcentrerad vård och det tvärprofessionella arbetet kring den äldre.

Risikanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. Det genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med medicintekniska produkter där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Avvikande händelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas av tjänstgörande sjuksköterska i samverkan med omvårdnadsansvarig. Verksamhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska, rehab och enhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter i hälso- och sjukvården och för över dessa till journalen/VODOK där bedömning redovisas med vidtagna och planerade åtgärder. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen

Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada gör verksamhetschefen utredning av händelsen och skickar denna till Temabos MAS. Temabos MAS gör därefter en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt fattar beslut om huruvida en anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO.

Hantering av klagomål och synpunkter

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD samt uppdragsgivare informeras omgående. Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d.v.s. ej direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse, frågar vi om den som lämnar synpunkten vill att den ska hanteras enligt vår synpunkts- och klagomålshantering. Om de inte önskar det är det möjligt att frångå handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålsblanketten och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett med inlämnat skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Mottagandet av synpunkt/ klagomål bekräftas till avsändaren. Det sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå. Ärenden skall analyseras och utredas med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari klagomålet/synpunkterna består av, vilka de faktiska omständigheterna är och vilka befintliga rutiner som finns. Planen innehåller också en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys.

Aktuella medarbetare informeras. Verksamhetschefen informerar intern MAS samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Återkoppling via handlingsplan sker även på Kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade så att det inte upprepas igen.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål.

Avvikelsehantering - 2017 (Alströmerhemmet)

Typ	Klagomål/synpunkter/avvikelser	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse
Klagomål/Avvikelser lämnade av:	Boende	Alströmerhemmet	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	Närstående/Godman/Förvaltare	Alströmerhemmet	6	5	2	5	3	1	0	6	0	1	1	2	32
	Annan (tex okänd)	Alströmerhemmet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Personal på enhet	Alströmerhemmet	39	31	24	35	27	21	23	32	18	2	3	27	282
Summa			45	36	26	40	30	24	23	38	18	3	4	29	316
Klagomål/Avvikelser som avser:	Felaktig läkemedelshantering	Alströmerhemmet	6	4	2	9	4	2	2	12	2	3	1	3	50
	Undersökning/Behandling som uteblivit/fördrojt eller utförts felaktigt	Alströmerhemmet									0	0	0		0
	Brister i nutrition/vätsketillförsel	Alströmerhemmet						1			0	1	0		2
	Trycksår	Alströmerhemmet									0	0	0		0
	Fall	Alströmerhemmet	30	26	22	20	19	16	17	20	15	14	15	23	237
	Då medicintekniska produkter varit inblandade	Alströmerhemmet	1			2						1	0		4
	Brister i omsorgen	Alströmerhemmet	1	2	2	5		3	1			2	0	1	17
	Brister i informationsöverföring (ex mobiler)	Alströmerhemmet		2		1					1	1	0	1	6
	Brister i tillsyn av boende	Alströmerhemmet					1		2			1	0		4
	Arbetsmiljö	Alströmerhemmet										0	0		0
	Leverantörsavvikelse	Alströmerhemmet										0	0		0
	IT/Teknik	Alströmerhemmet										0	0		0
	Begäran om utredning och eventuell åtgärd vid klagomål (SDF)	Alströmerhemmet										0	0		0

Typ	Klagomål/synpunkter/avvikelser	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse
	Städning	Alströmerhemmet										0	0		0
	Brister i egenkontroll	Alströmerhemmet										0	0		0
	Bemötande	Alströmerhemmet	2				4	1				0	0	1	8
	Annat	Alströmerhemmet	5	2	1	2	1	1		3	1	0	0		16
	Bemanning	Alströmerhemmet										0	0		0
	Larm	Alströmerhemmet					1		1			0	0		2
Summa			45	36	27	39	30	24	23	35	19	23	16	29	346
Totalt			90	72	53	79	60	48	46	73	37	26	20	58	662

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs enligt Temabos ledningssystem i tabellform för avvikelsestatistik under ett kalenderår. Mönster och trender synliggörs i tabellen och redovisas på kvalitetsforum och arbetsplatsträffar där alla yrkeskategorier närvarar. Resultatet tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Vid kvalitetsforum behandlas alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Handlingsplan upprättas beroende på arten av avvikelse. I vissa fall för en specifik avvikande händelse och i andra fall en plan för att bryta ett mönster eller trend som framkommer vid studie av avvikelsestatistiken.

Verksamhetschef och enhetschef är ansvarig för att synpunkterna/klagomålen blir återkopplade till den som inkommit med synpunkten.

Samverkan med patienter och närstående

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Information om Klagomål och synpunktshantering finns med i materialet.

Alströmerhemmet bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Genom närståendes deltagande vid forum som exempelvis vårdplanering samt vårdprocessens olika skeden medverkar de i patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Likaså har varje boende en utsedd kontaktman bland omvårdnadspersonalen. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes personliga förhållanden. Den boende, alternativt god man, avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Verksamhetsledningen är dagligen ute i verksamheten och hälsar på boende och personal samt deltar i olika aktiviteter och arrangemang där det finns möjlighet att möta boende och närstående.

Verksamhetsledningen finns dagligen nåbar för närstående på plats, mail- eller telefonledes. Ett informationsbrev till närstående skickas ut varje månad. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten under månaden som gått och vad som planeras inför nästkommande månad, viktiga förändringar samt annat av intresse.

En gång per termin inbjuds närstående till möte på Alströmerhemmet. Sen hösten 2017 delar vi upp träffarna per enhetschef. Vi tror att det ökar möjligheterna till diskussion och utbyte mellan alla närvarande.

Resultat

Följande kompetensutvecklingsaktiviteter har genomförts baserat på analys av individuella kompetensutvecklingsplaner i medarbetarsamtalet, avvikelser, klagomål, synpunkter, brukarundersökning.

Utbildning

Undersköterskeutbildning, 6st vårdbiträden har under året gått utbildning på KUI (Kunskapsinstitutet) och tagit poäng på omvårdnadsprogrammet.

Sju undersköterskor har genomgått handledarutbildning på Åsö vuxengymnasium. Det ger en ökad kvalitet för våra undersköterskestudenter men också för ssk-studenterna.

Dokumentationsakademin, 12 medarbetare har gått utbildning i social dokumentation och lagstiftning.

Vi har genomfört förflyttningsutbildning för nyanställda och sommarvikarier.

Ytterligare 4 medarbetare har under 2017 genomgått administratörskurs för BPSD-registret (enhetschef, sjuksköterska och två undersköterskor).

Sjuksköterskorna har haft utbildningskalendarium under våren och hösten 2017.

Under våren har tyngdpunkten varit på palliativ omvårdnad, smärta och smärtbehandling samt läkemedelshantering.

5 medarbetare gick under våren Hygienutbildning (en ssk och fyra usk)'

Under hösten deltog två enhetschefer, tre ssk och två palliativa ombud på PKC-dagen.

Under hösten deltog en ssk och tre palliativa ombud på DöBra-dagen

Vi har fortsatt arbetet med att öka användandet och registreringen i Senior Alert och BPSD samt Palliativa registret.

Vi har ökat antalet boende som har individanpassade inkontinenshjälpmedel.

Övergripande mål och strategier för kommande år

2018 fortsätter vi med processkartläggning av inflyttningsprocessen. Vi vill synliggöra och stärka teamet där alla inblandade känner sig säkra på vad de ska bidra med när en ny boende flyttar in. Det leder till ett professionellt bemötande av boende som skapar trygghet och en säker hälso- och sjukvård samt en god omvårdnad.

Inför införande/implementering av NVP, kommer vi att bilda ett palliativteam med representanter från övriga yrkeskategorier. Dessa kommer att genomgå en utbildning under våren 2018. .

Ombuden har till uppgift att föra vidare sina kunskaper till övrig personal och arbeta i team för att utveckla/förbättra den palliativa omvårdnaden.

Nedanstående är delar av våra övergripande mål för kommande år när det gäller patientsäkerheten:

All mötesplanering sker som under 2018 med teamforum som högsta prioritet för ssk och rehab.

Samverkan med Röda korsets högskola och Karolinska Institutet fortsätter under 2018 med erbjudande om att ta emot sjuksköterskestudenter.

Fortsätta att utveckla avvikelshanteringen så att den avspeglar verkligheten.

Säkra egenkontrollen genom att tydliggöra ansvaret mellan cheferna på verksamheten, mellan intern MAS och externa uppföljare.

Fortsätta egenkontrollen av dokumentationen.

Att ha patientsäkerhet som en stående punkt på våra HSL-möten.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att vårdplanering genomförs inom 14 dagar efter att ny boende har flyttat in samt att alla professioner är kallade till mötet.

Att samtliga boende får en bedömning av munhälsa och inkontinens genom att bedömningsinstrumentet ROAG och NIKOLA används i samma utsträckning som bedömning av risk för trycksår, fall och undernäring. Uppföljning genom registrering av kvalitetsindikatorer varje månad med månatlig återkoppling till ansvarig sjuksköterska.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att registrera i kvalitetsregistret Senior Alert och använda sig av det för bedömningar av risker för munhälsa, fall, malnutrition och trycksår. Registreringarna i Senior Alert ska också kopplas till åtgärder.

Att registrera och använda oss av resultatet från Palliativa registret för att utveckla arbetet med den palliativa vården.

Verksamheten har en handlingsplan för hur arbetet med utveckling/förbättring av dessa områden ska genomföras.

Öka användandet av validerade smärtskalor.

Förbättra resultatet vad gäller efterlevandesamtal.

Se till att läkarinformation/läkarkontakt till patienten blir ett prioriterat område då det är ett utvecklingsområde enligt brukarundersökningen.

Att uppmärksamma antalet fall på kvalitetsforum bl.a. genom att fallprevention blir ett tema på mars månads möte.