



Patientsäkerhetsberättelse **Färingsöhemmet/Söderströmshuset** **särskilt boende**

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet
2018-01-30

Pernilla Lundberg enhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	11
Informationssäkerhet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	14
Sammanställning och analys	14
Resultat	15
Övergripande mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Det systematiska förbättringsarbetet drivs i enlighet med ledningssystem inom Produktionsområdet omsorg i Ekerö kommun.

2017 har en verksamhetsövergång skett från Färingsöhemmet till Söderströmsgården - samt avveckling av verksamheten på Färingsöhemmet. Under året har ett förebyggande arbete pågått med att identifierat risker och att arbeta systematiskt med avvikelser och händelseanalyser.

För att bedöma resultat utifrån det systematiska arbetssättet i verksamheten används egenkontroller och händelseanalyser. Medarbetare rapporterar risker, tillbud och negativa händelser, vilket bidrar till ökad medvetenhet i kvalitetsarbetets olika delar. Avvikelse rapportering och uppföljningar/återkopplingar sker individuellt och i olika mötes forum. För att identifiera och förebygga vårdskador används de nationella kvalitetsregistren. De används även för att stärka den lärande organisationen, rapportering och uppföljning.

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet vilket innebär en ständigt pågående dialog mellan olika professioner och med den enskilde/närstående. Information säkerställs genom fasta rutiner såsom dokumentation vid inflyttning, planeringssamtal/uppföljningssamtal.

Den enskilde är i centrum och det finns engagemang för den enskildes patientsäkerhet och värdighetsgarantierna används för att garantera god kvalitet i vården. Inkomna synpunkter och klagomål kartläggs och åtgärdas i dialog.

Kompetensförhöjning är en förutsättning för att behålla kvalitet och utveckling, medarbetare har under året gått utbildningar inom dokumentation, sår utbildning, demens, arbetsledar-akademien och sjuksköterska vidareutbildat sig till specialist vård av äldre.

Prioriterade område och åtgärder har varit

- # skydds- och begränsningsåtgärder
- # säker läkemedelshantering
- # dokumentation enligt ICF/KVÅ i en ny HSL-modul
- # utökad planerad läkartid på boendet
- # NPÖ (nationell patient översikt)

Resultat i verksamheten visas och präglas utifrån strategierna den enskilde äldre är i focus, kompetensbaserat arbetssätt och strukturerat/organiserat kvalitetsarbete.

Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen är god och säker vård för den enskilde. Vårdskador ska hindras genom aktivt riskförebyggande arbete.

Vården som bedrivs inom sektionen ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vården och omsorgen som erbjuds.

Strategier för att nå vård och omsorg av hög kvalité sker utifrån:

Den enskilde äldre är i focus

- # ökad delaktighet/kunskap om den egna hälsan
- # synpunkter/erfarenheter tas tillvara
- # diskutera vård/behandling samt risker utifrån förutsättningar
- # information om eventuell vårdskada

Kunskapsbaserat arbetssätt

- # rätt kompetens och kunskap
- # riskanalyser
- # synpunkter och klagomål
- # säkra inloggningar
- # användandet av kvalitetsregistren
- # följsamhet till obligatoriska åtgärder

Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

- # lokala rutiner
- # teamarbete och samverkan
- # dokumentation
- # säkerställa rapportering och avvikelsehantering

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

MAS ansvarar för riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Produktionsledning ansvarar för ledningssystemet för kvalitét som beskriver processerna för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbetet på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.

Sektionsledning ansvarar för att vården drivs enligt med kvalitetssystemet och i samverkan med primärvården och kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Legitimerad personal har ansvar att följa kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård samt följa lagar och föreskrifter inom området hälso- och sjukvård. Medverka i kvalitetsarbete i enlighet med ledningssystemet. Även att rapportera risker och händelser inom patientsäkerheten.

Legitimerad personal ansvarar för att använda evidensbaserad kunskapsbas, detta innebär ett antal obligatoriska åtgärder bland annat vid läkemedelsrelaterade problem, trycksår, inkontinens, fall, undernäring och munhälsa.

Omsorgspersonal får delegering för att utföra hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter.

Alla medarbetare ansvarar för att aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kvalitetsledningssystem beskriver övergripande processer som är viktiga för att uppfylla kvalitet.

Uppföljning och uppdatering av lokala rutiner sker kontinuerligt och samlas i dokumentdatabas.

Avvikelse och händelseanalyser följs upp på enhetsnivå via rapporter och journalgranskning och viss statistik rapporteras till MAS.

Synpunkter och klagomål åtgärdas inom enheten och rapporteras till produktionsledning.

Riskanalyser och bedömningar med validerade instrument enligt följande: fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, inkontinens enligt NIKOLA, munhälsa enligt ROAG – skala, smärta enligt VAS-skala, Abbey Pain Scale, BPSD (beteende och psykiska symtom vid demens, Phase- 20 och Phase proxy (symtomskattning inför läkemedelsgenomgång).

Kvalitetsregistren (Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativa registret)

Används för att följa upp förebyggande arbete samt genomförda insatser och identifiera förbättringsområden.

Teambaserat arbetssätt

Teamarbete säkerställs av att olika professioner som deltar i bedömningar av risker och åtgärder.

För att säkerställa den individuella behovsbedömningen även nattetid finns en ansvarig nattsjuksköterska som har nattmöten månadvis. Den enskildes behovs om tillsyn och stöd diskuteras tillsammans med omsorgspersonal dag och natt.

Nationella punktprevalensmätningar

Enheten deltar i den nationella punktprevalensmätning gällande trycksår och fall samt basal handhygien och klädregler. Resultat återkopplas till medarbetarna för analys och gemensam utvecklingsplan.

Säker inloggning och loggkontroller

Säker personuppgiftshantering samt inloggning i system med SITHS – kort. Loggkontroller sker enligt rutin.

Infektions register

Rapport av uppkomna infektioner och antibiotika användning följs upp kontinuerligt och rapporteras till MAS kvartalsvis. Uppföljning sker i samråd med läkarorganisationen.

Läkemedelshantering och läkemedelsbehandlingar

- Läkemedelsgenomgångar
- Apoteksgranskning
- Lokala rutiner

Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård används för att säkerställa en god demensvård. Validerade bedömningsinstrument används för att planera personcentrerad vård och omsorg.

HSL -dokumentation

Vårdplan upprättas och uppdateras vid risk enligt rutin.

Kompetens

Säkerställa att personalen har rätt kompetens utifrån den enskildes behov.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Lokala rutiner

Lokala rutiner har förnyats och reviderats systematiskt. Lokal rutin gällande skydds- och begränsningsåtgärder har fortsatt att implementeras.

Rutinen gällande den enskildes samtycke har uppmärksammats i olika processer; informationsöverföringar, skydds- och begränsningsåtgärder och registreringar.

Avvikelser

Genomgång av avvikelser gällande hälso-och sjukvård har skett på HSL-möten tillsammans med enhetschef. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelserna i möten med omsorgspersonal. MAS har tagit del av de uppkomna avvikelserna.

Avvikelser eller risk för skada analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras alltid om händelsen och om vidtagna åtgärder.

Nutrition

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras i Senior Alert. Vårdplan har upprättats vid risk för undernäring. Näringsdryck och berikad kost har ordinerats av sjuksköterskan och har dokumenterats i HSL journalen och på genomförandeplanen. Ofrivillig nattfasta har följts upp av ansvarig sjuksköterska i samband med vårdplaneringar och enhetsmöte.

Munhälsa

Folktandvården har erbjudit munhälsobedömningar för alla boende. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Den årliga utbildningen i munhälsa och munvård har genomförts.

Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert.

Vårdplan upprättas vid risk.

Inkontinens

Kvalitetssäkring för att identifiera den enskildes behov av inkontinenshjälpmedel genomfördes för något år sedan och ett fortsatt arbete har skett med valt stödmaterial. Verksamheten har haft stöd av extern specialist under 2017.

Fall

Fallriskbedömningar har gjorts enligt DRFI och registreras i Senior Alert. Paramedicinsk personal har bedömt rörelse- och aktivitetsbehov för den enskilde samt arbetat fallförebyggande genom anpassning av miljön och stimulering av funktionsbehållande arbetssätt. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande fall under våren.

Trycksår

Risk för trycksår har gjorts enligt Norton och registreras i Senior Alert. Relevant hjälpmedel har ordinerats. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår vår och höst.

Säker inloggning och loggkontroller

Inloggningar till databas med personuppgifter har skett med SITSH kort (läkemedel, tandvårdsenheten, HSL-journal,

kvalitetsregistren) och behörighet förlängs årligen och kontrolleras kvartalsvis.

Loggkontroller är genomförda månadsvis.

Läkemedelshantering och behandling

Läkemedelsgenomgång minst en gång under året har planerats enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. Läkaren och sjuksköterskan har genomfört uppföljning av läkemedelsbehandlingar i samråd med den enskilde.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har skett.

Alla som har fått läkemedelsdelegering har genomfört en intern utbildning under ledning av en sjuksköterska och utfört kunskapstestet.

Vårdhygien

Kunskapsbaserat arbetssätt inom vårdhygien säkerställs med E-utbildningar, hygienronder och observation av hygiensteamet. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts på våren.

Infektionsregistrering har fyllts i och rapporterats till MAS.

Demensvård

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar har skett inom demensvården. E-utbildningar har används för att säkerställa baskunskap.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD har skett på individnivå och innefattar bemötandeplan och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

BPSD register har gett möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Flera registreringar har utförts för att skapa bemötandeplan för att öka välbefinnande.

Palliativ vård

Vård vid livets slut har planerats individuellt utifrån rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. För att säkerställa kunskap har vi haft intern utbildning och handledning.

Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden.

Brytpunkt- och efterlevnadsamtal har erbjudits till den enskilde/närstående.

Rehabilitering

Hjälpmedel har utprovats och förskrivits av legitimerad personal. ADL-och funktionsbedömningar har utförts. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts för nyanställda.Handledning av personal i förflyttningssituationer sker kontinuerligt.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten på följande sätt.

Årsplan för att uppdatera lokala rutiner utifrån verksamhetens processer.

Avvikelser och händelseanalyser följs kontinuerligt, återkoppling på HSL-och enhetsmöte samt kommuniceras med MAS.

Analys av klagomål och synpunkter sker kontinuerligt, sammanfattas årligen.

Registreringar och arbetssättet i BPSD, Senior Alert och Palliativa registren följs kontinuerligt med HSL och SOL-personal. MAS återkopplar resultatet i samband med kvalitetsgranskning av hälso-och sjukvård årligen.

Teamarbete följs upp genom vårdplanering med den enskilde.

Läkemedelsgenomgångar planeras och följs upp enligt ett program från läkarorganisationen.

Granskning av HSL-journaler sker kvartalsvis.

Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler görs årligen.

Antibiotika behandlade infektioner registreras och sammanställs kvartalsvis.

Medarbetarens kompetens följs upp individuellt och på enhetsnivå.

Resultat i öppna jämförelser används för helhetsperspektiv.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ekerö Vårdcentral är ansvarig för läkarinsatser på Färingsöhemmet/Söderströmgården. Lokal överenskommelse

om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Informationsöverföring har skett både muntligt och skriftligt mellan olika aktörer för att säkerställa vårdkedjan.

Enheten samverkar inom hälso- och sjukvård med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folktandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Färingsöhemmet/Söderströmmsgården, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten.

För att utveckla säkerhetskulturen har vi eftersträvat öppen kommunikation om risker och avvikelser.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbete och kopplas till övergripande åtgärder.

Bland annat inom riskområden hygien, miljö, brand, arbetsmiljö och personalresurser.

Risakanalys registreras i kvalitetsregistret på individnivå.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten säkerställer att den information som verksamheten behöver i sitt arbete har ett tillräckligt skydd utifrån verksamhetens behov och de krav som ställs i lagstiftningen.

Syftet är att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet, och spårbarhet genom stark autentisering.

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering
NPÖ	Informationsöverföring mellan vårdgivare samt ökad samordning och tillgänglighet	Samtycke inhämtas från den enskilde. Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Införande ej fungerat under 2017.
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Utskrift av ordinationshandling förvaras i HSL-pärm enligt rutin	Avvikelsehantering/ Riskanalys Arkivering
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	Förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och vidta åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering. Riskbedömning och åtgärderna journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik Granskning av journaler – dokumentation
BPSD(Beteendemäsiga och Psykiska Symtom vid	Kvalitetssäkra vården av personer med	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Statistik Granskning av

Demens), nationellt kvalitetsregister	demenssjukdom	eller personlig kod. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering.	journaler- dokumentation	
Svenska palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	Förbättra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik	
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg/registrera munhälsobedömning genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik	
Överrapportering mellan vårdgivare	Informationsöverföring	Informationsöverföring via telefon samt skickar med förslutet kuvert	Avvikelsehantering	
Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut	

Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Flödesschema för lokal avvikelsehantering finns i MAS rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuell skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Händelseanalys genomförs tillsammans med enhetschef och HSL personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställning.

Återkopplingen sker via enhetschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt, skriftligt eller via hemsidan.

Det finns information på anslagstavlor i entré, anslagstavla på enheter, boendepärm och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av enhetschef och vissa fall tillsammans med MAS.

Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av enhetsmöte och vissa fall individuellt i samtal med enhetschef/ansvarig sjuksköterska.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och i förekommande fall närstående medverkar vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, genomförandeplan samt läkemedelsgenomgångar. Den enskilde och närstående erbjuds att vara delaktiga i framtagandet av levnadsberättelse. Vid vårdplaneringen tas även risker upp och förebyggande arbete. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Information om Svenska Palliativregistret och BPSD lämnas.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd.

Anhörigträffar ordnas regelbundet. Det finns även skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sektionsledningen ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter. De klagomål som inkommit inom patientsäkerhetsarbete gäller bristande kommunikation mellan personal.

Alla avvikelser inom HSL har granskats och sammanställts av enhetschef och samordningsansvarig sjuksköterska.

Granskningen/sammanställningen tas upp på sjuksköterskemöte och vid arbetsplatsträffarna.

Under 2017 har vi haft 57 läkemedelsavvikelser.

Ingen av avikelser har lett till skada för boende. De flesta avvikelserna som rapporteras in handlar om en otydlig signeringslista och utebliven läkemedelsdos. Verksamheten har uppmärksammat att en ökning av rapportering har skett jämfört föregående år vilket är resultat av vårt systematiska arbetssätt.

Antal fallolyckor som ledde till någon form av skada (smärta, blåmärke eller sår) är 58.

Varav 4 fall som ledde till skelettskada. Totalt antal registrerade fallincidenter är 157, flera fall registreras på samma individ.

Antal fallincidenter har minskat jämfört föregående år.

Övriga avvikelser handlar om brister i omvårdnad; trygghetslarm (systemfel och handhavande) utebliven, försenad och felaktig såromläggning, delegeringsförvarande, skydds- och begränsningsåtgärder (ej följd ordination gällande skydds- och begränsningsåtgärder), medicintekniska hjälpmedel (brist på kontroll av förebyggande madrass)

Ingen av avvikelser har lett till skada till den enskilde.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Riskbedömningar med åtgärdsplan och uppföljning har genomförts, registrerat i Senior Alert och dokumenterats i HSL journalen.

Omvårdnaden och omsorgen vid livets slut har följts upp individuellt och insatserna har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Utbildningar som är genomförda bedöms ge verksamheten jämn kunskap/kompetensbas. Medarbetare har under året gått utbildningar inom dokumentation, sår utbildning, demensdagen, arbetsledarakademien och sjuksköterska vidareutbildat sig till specialist vård av äldre. Vårdbiträde har blivit erbjudna läsa till undersköterska och påbörjat utbildningen.

Registrering i BPSD har fortsatta effekter i att tydliggöra sambanden mellan symtom och planerade åtgärder vilket även har förbättrat personcenterat förhållningssätt och samverkan.

Samtliga boende har fått läkemedelsgenomgång(ar). Utökad planerad läkartid på boendet har lett till ökad tillgänglighet och att ansvarig sjuksköterska tar upp ärenden med läkare i högre utsträckning. Apotekskontollen visar god och säker läkemedelshantering.

Avvikelsehantering med händelseanalyser gällande läkemedelshantering har lett till att uppmärksamma sårbarhetsfaktorer och förbättringar inom den egna verksamheten.

Egenkontroller och PPM-BHK visar god hygienisk standard. Följsamheten i basala hygienrutiner är synlig i det dagliga arbetet.

Införande av NPÖ gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården har inte genomförts under 2017. Ärendet är lämnat till Inera som koordinerar och utvecklar digitala tjänster i samverkan med landsting, regioner och kommuner.

Förberedelsearbete och utbildning inför implementering av ICF/KVÅ i den nya HSL-modulen har pågått under 2017.

Dokumentationsstruktur byttes i december till Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och kodning enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Legitimerad personal har övergått från att dokumentera i VIPS vilket inneburit en ny struktur och nytt sätt att tänka. Vilken påverkan på dokumentationen detta haft ska utvärderas under 2018.

Vi har identifierat risker gällande dokumentation i nya HSL-modulen Pulsen Combine och upprättat en handlingsplan hur vi arbetar med riskerna (utbildning, dokumentation stöd, avvikelshantering och uppföljning) och det finns en kravspecifikation för legitimerad personal för att kunna använda datajournalssystem korrekt samt stödja nya arbetssätt utifrån patientsäkerheten.

Skydds- och begränsningsåtgärder journalförs och följs upp i den nya HSL-modulen.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet är att fortsätta säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs.

Verksamheten är öppen för vidare utveckling och nytänkande för att skapa framgång i kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsarbete ska präglas av öppen dialog, lärande och kollegial utbyte.

Vi fortsätter kvalitetssäkra vården genom att använda nationella kvalitetsregistren såsom Senior Alert, BPSD och Svenska palliativregistret.

Delta i punktprevalensmätning inom basala hygienrutiner och klädregler samt fall och trycksår under 2018.

Kvalitetssäkra vården inom nutrition och inkontinens.

Kontinuerlig uppföljning användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

Förbättra samverkan kring fallolyckor genom teamarbete och förebyggande arbete tillsammans med den boende. Det förebyggande arbete ingår funktionsbevarande arbetssätt, träning i balans och styrka.

Uppföljning av den implementerade HSL modulen i Pulsen Combine och dokumentation enligt ICF/KVÅ.

Utbildningsinsatser inom första hjälpen, diabetes, palliativa ombud och hygien.

Implementera Socialstyrelsen allmänna råd gällande ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården vilket innebär att den samlade informationen om läkemedelbehandling finns i boendes läkemedelsskåp.

Kvalitetsarbete för att säkerställa processen runt delegering.

Inväntar start av utvecklingsarbete NPÖ (nationell patient översikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården.