

**2018 års patientsäkerhetsberättelse och plan  
för 2019 för Vårdgivare Solbackens  
äldreboende**

**Datum och ansvarig för innehållet**

2019-01-30 Irene Stenberg

Reviderad 2019-01-10

## Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

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 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

## Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

## Sammanfattning

Löpande utbildning av samtliga personalkategorier är viktig för patientsäkerheten liksom reflektionssamtal med medarbetarna kring händelser, flöden, preventionsarbete, riskbedömningar, tillbudsuppföljning samt granskning rutiner och i det dagliga arbetet.

Noggrannhet i patientarbetet med uppföljande kontroller av verksamheten ger en stabil grund och strukturell säkerhet i arbetet för alla nivåer av patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroll av enheten sker två gånger per år. Solbacken har arbetat med resultatet från egenkontrollen i förbättringslogg.

Arbetet med att minska risker för vårdskador i arbetet ingår som en naturlig del av systematiskt arbetsmiljö arbete (SAM). Riskbedömningar för vårdskador görs i preventionsfasen. Utbildning och samtal kring arbetsmiljörelaterade frågeställningar minskar risken för uppkomst av skador.

Tillbudsanmälningar utreds och dokumenteras i Vardagas eget kvalitetssystem Q-maxit. I Vardagas kvalitetssystem Q-maxit kan all personal själv registrera avvikelser och tillbud, vilket leder till ökat deltagande och naturlig medverkan i processen.

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga bejakas och ses som förbättringsmöjlighet i det löpande arbetet. Alla klagomål utreds och dokumenteras. Beroende på ärendets natur och allvarlighetsgrad kan olika åtgärder vidtas. Vid misstanke om allvarlig händelse görs utredning om vårdskada alternativt missförhållande. Rapport sker i dessa fall till Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) Lunds Kommun. Verksamheten rapporterar avvikelser och händelser av vikt till Lunds kommun. Patienter och närstående involveras genom deltagande i boende- och närståenderåd. I boende- och närstående rådet tar synpunkter och klagomål upp. Protokoll från dessa möten finns tillgängliga för boende och närstående. Blankett för att lämna synpunkter finns alltid tillgänglig på våra boenden.

Genom samtal kring patientsäkerhet i verksamheten har rapporteringen av avvikelser förbättrats. Kvalitetssystemet Q-maxit underlättar patientsäkerhetsarbete för både verksamhetschefer och medarbetare. Ett öppet klimat kring processer och förbättringsområden har medfört att synen på patientsäkerhetsarbetet har blivit en naturlig del i det dagliga arbetet.

Sammanfattningen bör även innehålla hur informationssäkerheten har säkerställs i verksamheten utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

## Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg
- Solbacken arbetar aktivt med att all omvårdnadspersonal ska ha kunskap om hur avvikelser ska dokumentera och vad den ska innehålla oavsett vilken form av avvikelse det handlar om
- Solbacken gör omvårdnadsjournalen i Procapita och detta är ett ständigt pågående process som alltid ska vara korrekt och aktuell
- Risk- och preventionsbedömning görs när boende flyttar in samt minst var 6:e månad.
- Riskbedömning görs av alla boende och omvårdnadsplan upprättas vilken följs upp och revideras utifrån förändringar som sker
- Solbacken registrerar i Senior Alert
- Enheten registrerar i Palliativa registret när boende avlidit på enheten samt vid palliativ vård uppdaterar i omvårdnadsplanen
- Enheten har schemalagda återkommande teammöten med omvårdnadspersonal, paramedicinare och sjuksköterskor utifrån de riktlinjer som gäller
- Solbacken har en sjuksköterska med förskrivningsrätt gällande inkontinens. Enheten arbetar utifrån de riktlinjer som gäller individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel

- HSL-personal gör en inventering av kompetensbehov och under 2017 har det varit blodtrycksmätning, munhygienutbildning av Oral Care, sårvårdsutbildning, föreläsning om basala hygienrutiner och föreläsning gällande Calicivirus

En gång/år ska all personal uppdatera sina kunskaper gällande läkemedel för att få behålla sin läkemedelsdelegering

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

### Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalite och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering

Vid avvikelshantering har omvårdnadspersonal ansvar för att dokumentera detta i procapita oavsett om det gäller fall, läkemedel eller övrigt. Detta kommer till sjuksköterskan via bevakning i procapita. Ansvarig sjuksköterska kontaktar den omvårdnadspersonal som gjorde avvikelsen för att få en större bild av händelsen därefter gör denna en åtgärd och utvärdering i både procapita och Q-maxit samt lägger en bevakning till verksamhetschefen. Vid oklarheter återkopplar verksamhetschefen tillbaka till ansvarig sjuksköterska. Om inget övrigt finns att tillägga avslutas ärendet/avvikelsen av verksamhetschefen, dock inte förrän åtgärder är gjorda. På teammöten där både sjuksköterskor, rehabpersonal och omvårdnadspersonal är representerade diskuteras de ärende som det finns oklarheter omkring, men även hur patientsäkerhetsarbetet fortskrider.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Vi har ett strukturerat arbetssätt på team/reflektionsmöte med en tydlig rutin för var och ens arbetsuppgifter i personalgruppen. Samtlig personal är delaktiga i riskbedömningar. Vi arbetar personcentrerat dv både SOL och HSL på en gång. Alla delar delar hänger ihop och påverkar varandra. Alla deltagare i teamet är viktiga utifrån deras kompetens och erfarenhet och alla får komma till tals. Verksamheten registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativa registret. Enheten deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner, trycksår och munhälsa i Senior Alert.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Två gg/år sker egenkontroll och verksamheten arbetar aktivt och strukturerat med de brister som uppkommit i förbättringsloggen och inom tidsperioden för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Verksamheten arbetar aktivt med att förbättra enhetens resultat ang brukarundersökningen och öppna jämförelser. Enheten arbetar aktivt med resultat utifrån IBIC av Lunds kommun och kvalitetskontroll av Vardaga gällande patientsäkerheten.

Nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, Palliativa registret ingår som en del i kvalitetsarbetet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

Det finns upprättad samverkansöverenskommelse med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Verksamhetschefen har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov följt upp hälso och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Samverkande samtal mellan HSL-personal och omvårdnadspersonal sker i det dagliga arbetet och i mer strukturerad form på team-och reflektionsmöten. OAS har ett samordningsansvar för patientens alla insatser och har ett nära samarbete med paramedicinare och omvårdnadspersonal i det dagliga patientarbetet. Samverkan mellan verksamhetschef, gruppchef, paramedicinare och sjuksköterska förstärker ledningsfunktionen och skapar förutsättningar för att i omvårdnadsarbetet göra rätt omvårdnadsåtgärder på rätt sätt och i rätt tid

## Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risk- och preventionsbedömning görs vid inflyttning och därefter löpande under året, minst var 6:e månad och däremellan vid förändring som kräver ny bedömning eller ställningstagande. Samverkan och nära kontakt mellan sjuksköterska, Läkare och omvårdnadspersonal gör att tidig risk uppmärksammas.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen. Beskriv hur ni på verksamheten arbetar med informationssäkerheten

Solbacken arbetar med informationssäkerheten bland annat i form av att om det digitala informationssystemet fallerar så ska informationsöverföring ske i pappersform på specifika blanketter. Granskning har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonals journalföring genom kontinuerliga loggkontroller. Behörighet till olika journalsystem tilldelas av verksamhetschef på enheten

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

### Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Avvikelser rapporteras i procapita och Q-maxit. Vid avviielsdehantering har omvårdnadspersonal ansvar för att dokumentera detta i procapita och avvikelshantering i Q-maxit oavsett om det gäller fall, läkemedel eller övrig. HSL-personalen rapporterar om risk



för vårdskada i Procapita, informerar ledning och omvårdnadspersonal om risker. Enheten förmedlar sig med externa kontakter efter behov såsom MAS/kvalitetsutvecklare och övergripande chef på Vardaga. Vid tillbud/risk skrivs tillbudsansmälan. Risker och tillbud dokumenteras, sammanställs och utreds av respektive verksamhetschef. Verksamhetschefen ansvarar för analys och vidtagande av åtgärder och återkoppling. Analys sker utifrån dokumentation, samtal med berörda, inspektion där händelsen skedde utifrån händelseförloppet. Verksamhetschefen vidtar nödvändiga åtgärder för att minimera risk för vårdskada.

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

All personal på Solbacken ska ha kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i kvalitetsarbetet. Klagomål och synpunkter lämnas till verksamhetschef och legitimerad personal så snart som möjligt. Allvarliga klagomål rapporteras till överordnad chef, uppdragsgivare och MAS/kvalitetsutvecklare. Registrering av inkomna klagomål registreras i Q-maxit. Analys och åtgärd sker snarast och även detta dokumenteras i kvalitetssystemet. Återkoppling sker senast två veckor efter inkommet klagomål.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§*

Det har varit ett fåtal klagomål och IVO ärende under året, dessa har utretts och återkopplats både till kommunen och till anhörig inom tidsramen.

Gällande vårdskador pga fall så har det skett av ett fåtal personer där man i det längsta arbetar med olika hjälpmedel för att inte begränsa patienterna rörelsefrihet. Vid alla former av fallavvikelse utreds orsak och möjlig förändring.

Vid läkemedelsavvikelse tittar vi på mönster i läkemedelshanteringen som leder oss till orsaken. All omvårdnadspersonal genomgår regelbundet uppdatering av läkemedelsdelegering med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid flera läkemedelsavvikelse sker samtal mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal för att utröna orsak till densamma. Det är alltid omvårdnadsansvarig sjuksköterska som beslutar om och när omvårdnadspersonal ska erhålla eller tas ifrån läkemedelsdelegering.

## Samverkan med patienter och närstående

## Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Solbacken har anhörigmöte 2 gg/år där information om enheten lämnas ut men även möjlighet att komma med egna funderingar och frågor. Närståendeträffar har förändrats till anhörigcaféer till följd av försämrat tillstånd hos de boende. På dessa har man möjlighet att bjuda in utomstående såsom anhörigcentrum och liknande. Vid vårdplanering erbjuds närstående att vara med tillsammans med biståndshandläggare och kontaktperson. Det finns även möjlighet för närstående att ha samtal med OAS sjuksköterska eller verksamhetschef när så finns behov eller önskemål om detta

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit.

Alla i teamet runt patienten arbetar aktivt för att förebygga fall och fallskador

132 avvikelser Alla boende har dokumenterad fallriskbedömning och detta sker så snart som möjligt efter inflyttning

Bra kompetens finns hos HSL-personal

## Resultat 2018

Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rappoerterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
---------	--	---	--	--	--

<b>Fall</b>	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	Rutiner och styrdokument för fallprevention  Avvikelsehantering  Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal  Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	Alla boende har dokumenterad fallriskbedömning och detta sker så snart som möjligt efter inflyttning  Bra kompetens finns hos HSL-personal  Alla i teamet runt patienten arbetar aktivt för att förebygga fall och fallskador	3 av 103 fall dvs 2,9% har orsakat fraktur	Minering av antal fall som medfört ex fraktur
<b>Basal hygien i vård och omsorg</b>	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetens hos all personal</li> <li>•Handledning/utbildning</li> <li>•Självskattning av följsamheten</li> </ul>	Enheten följa de riktlinjer och rutiner som gäller för vård o omsorg  Webbutbildning i basala hygienrutiner  Omvårdnadspersonal har utbildning a HSL-personal  Till stora delar fungerar rutinerna men inom vissa delar behöver enheten bli bättre	0	All personal arbetar utifrån riktlinjer för basala hygienrutiner
<b>Rapporterings-skyldighet</b>	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Personal har fått information om rapporteringsskyldighet och detta återkopplas 2gg/år	Klicka här för att ange text.	Att all personal ska rapportera utifrån de riktlinjer och rutiner som gäller
<b>Läkemedels-hantering och delegerings-processen</b>	Att medarbetare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt</li> <li>• En säker läkemedelshantering</li> </ul>	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal  Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering	Varje år sker ny uppföljning för omvårdnadspersonal där man måste göra ny läkemedelsdelegering. Alla vikarier gör prov muntligt o skriftligt före läkemedelsdelegering	0 av 28	Klicka här för att ange text.
<b>Trycksår</b>	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner och riktlinjer för risk- och</li> </ul>	HSL-personal arbetar aktivt med risk o preventionsbedömningar HSL-personal har haft utbildning i sårvård under året	0	Klicka här för att ange text.

		<p>preventionsbedömning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning i sårvård</li> <li>• Samverkan vid teammöte</li> </ul>	<p>Teammöten sker kontinuerligt 1 gg/mån</p>		
<b>Dokumentation</b>	<p>En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>	<p>Att all omvårdnadspersonal dokumenterar i de olika systemen</p>
<b>Vård i livets slut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid.</li> <li>• Dokumentera i en hälsoplan/NVP</li> </ul>	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Enheten arbetar aktivt med att varje boende ska leva ett värdigt liv även vid vård i livets slutskede</p> <p>Enheten registrerar i palliativa registret på alla som avlider på enheten</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>	<p>Att vård i livets slut ska bli så trygg och smärtfri som möjligt för den boende</p>
<b>MNA (kost/nutrition/vikt)</b>	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>Alla boende har en dokumenterad MNA bedömning. Följer de rutiner och riktlinjer som gäller för MNA</p> <p>I de fall det är aktuellt görs en bedömning och dokumentation</p>	<p>Patientens vikt följs upp regelbundet minst 1 gg/mån</p>	<p>Att varje enskild patient på enheten ska erhålla en god och allsidig samt näringrik kost</p>
<b>Munhälsa</b>	<p>Alla patienter ska erbjudas en god munvård</p>	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Dokumentera i Senior Alert ROAG</p> <p>Handledning och utbildning i munvård</p>	<p>Enheten följer rutiner och riktlinjer för god munvård, Oral Care har haft utbildning för omvårdnadspersonal under året</p> <p>I början av att dokumentera i Senior Alert</p> <p>Enheten har tillhandahållit utbildning och handledning i munvård från Oral Care</p>	<p>Uppföljning och bedömning sker av Oral Cares tandvårdshygienster minst 1 gg/år</p>	<p>Att varje enskild patient på enheten ska få en god munvård</p>

<b>Inkontinens</b>	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Alla boende har ett utprovat och ordinerat inkontinensskydd. Enheten har en sjuksköterska med förskrivningsrätt	Sjuksköterskan med förskrivningsrätt på enheten gör en utredning och bedömning av varje patient med behov av inkontinensskydd	Varje patient som är i behov av inkontinensskydd ska ha ett utprovat och ordinerat sådant av sjuksköterska med förskrivningsrätt
<b>Samtycke till att registreras i kvalitetsregister</b>	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Enheten registrerar i Senior Alert, PPM och Palliativa registret. Samtycke finns	Klicka här för att ange text.	Alla patienter med samtycke ska registreras i kvalitetsregister
<b>Samarbete och intern kommunikation</b>	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring  Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Det finns ett bra samarbete internt och man följer de riktlinjer som gäller för informationsöverföring. Enheten har kontinuerliga teammöten där sjuksköterska, paramedicinare och omvårdnadspersonal deltar	Klicka här för att ange text.	Bra samarbete och kommunikation mellan olika yrkesgrupper på enheten

## Patientsäkerhetsplan 2019 för verksamheten

**Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.**

Vardagas verksamheter ska under 2019 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2018 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6e månad)	All personal genomgå webbutbildning i basala hygienrutiner samt kontinuerliga kontroller för att tillse att detta följs
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Mål att alla boende ska ha en omvårdnadsdokumentation som är aktuell utifrån individens omvårdnadsbehov
Fallförebyggande arbete	Genomgång av hjälpmedel, skor, läkemedel, mattor och möbler för att minska risk för fall i teamet. Dokumentation i procapita och Qmaxit
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	All personal genomgå webbutbildning i basala hygienrutiner samt kontinuerliga kontroller för att tillse att detta följs
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Mål att alla boende ska ha en omvårdnadsdokumentation som är aktuell utifrån individens omvårdnadsbehov
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	OAS tillse att läkemedelsdelegering är uppdaterad och att omvårdnadspersonal följer de riktlinjer som gäller
Minska läkemedelsavvikelser	OAS ska ha kontinuerliga samtal med omvårdnadspersonal och vid behov ta bort delegering när detta inte fungerar. Vid teammöten även diskutera läkemedel och läkemedelsavvikelser
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla vårdskador ska dokumenteras, följas upp och utredas enligt gällande riktlinjer
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Vid vård i livets slut ska varje boende bemötas med värdighet och respekt och få sina behov tillgodosedda samt bästa möjliga omvårdnad

Lägg hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.