



2017 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2018 för Nytida Trehörna

20180227 SSK Hanna Ohlsson och Marlene Ljungberg i samråd med Verksamhetscheferna
Ida Karlsson
Maria Rapp
Maria Axelsson
Jeanette Eriksson

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

Risikanalys

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

Nytida 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 och LSS.

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

Nytida Månstenen Trehörna är ett LSS boende med 13 enheter och daglig verksamhet med totalt 77 boende som är fördelat över fyra verksamhetsområden.

Här sker löpande utveckling och förbättring av Hälso- och Sjukvård för att säkra patientsäkerheten. Vi arbetar efter rutiner och styrdokument i vårt ledningssystem och de lokala rutiner som finns sedan tidigare och godkänts av kvalitetsavdelningen.

Avvikelsehanteringen sker i kvalitetssystemet Qmaxit.

Vi har påbörjat ett mer aktivt arbete med att följa upp gjorda avvikelser då tid finns avsatt på varje APT. Här fokuserar på att hitta förbättringsåtgärder.

Delegeringar övervakas digitalt genom Safe-Doc.

Våren 2017 införde vi en obligatorisk webbutbildning via Svenskt demenscentrum, ”Jobba säkert med läkemedel”. Denna utbildning har all delegerad medarbetare genomfört och ska genomföras årligen inför förnyelse av delegering. Delegeringarna skrivs numera ut elektroniskt genom dokumentationsprogrammet Safe-Doc.

Alla enheter har haft flera handledningstillfällen i lågaffektivt bemötande. Dessutom har vi gjort en stor utbildningssatsning i studio 3 där 40 personer fått en 3 dagars utbildning i lågaffektiv metod samt redskap för att hantera utåtagerande personer.

En stor förändring för vår verksamhet och ett led i patientsäkerheten är att vi i september utökade med ytterligare en sjukskötersketjänst inom verksamheten.

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. Nytida har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet för att säkerställa att alla får en god och säker vård:

- 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 boende där man finner en risk ska ha en omvårdnadsplan upprättad och den ska följas och kontinuerligt följas upp och revideras
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt 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

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.

Affärsområdeschef/sektorchef 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 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.

Vårdgivare (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 samt inneha anmälningsansvar för allvarlig vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Nytidans 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 vårdgivaren och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering:

Avvikelser dokumenteras i Q-maxit. All personal har fått utbildning, kunskap i hur avvikelse genomförs. Avvikelser rörande hälso- och sjukvård kommer till legitimerad personal via mail. Beroende på allvarlighetsgraden på avvikelsen sker personligt möte, telefonkontakt eller mailkonversation mellan legitimerad personal och den medarbetare det rör. Verksamhetschef på berört område får alltid avvikelserna till sig. Vidare diskuteras avvikelser på arbetsplatsträffar med personalgruppen och utifrån det görs förbättringsförslag och handlingsplaner där behov finns. Detta är en del i att undvika att vårdskada uppstår.

Varje månad är det ledningsmöte på Trehörna där även leg. medarbetare är delaktiga. Där tar vi upp avvikelser och förbättringsåtgärder generellt. Vi har även den månatliga kvalitetsflashen som underlag och stöd i våra diskussioner vilket är tillgänglig kvalitetsdata. Skyddskommittémöte hålls fyra gånger/år.

Vi har under 2017 utrett en risk för vårdskada på Trehörna som även lämnats vidare till MAS som gjorde bedömningen att ingen vårdskada har föranletts.

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.

Sedan våren 2017 genomför samtlig personal den webbaserade utbildningen "Jobba säkert med läkemedel", denna utbildning avslutas med ett kunskapstest och först då kan en delegering bli aktuell för medarbetare. Denna utbildning ska genomföras vid ny delegering och vid förnyelse av delegering 1 gång/år. Medarbetares delegering kontrolleras digitalt via Safe Doc. Detta upplevs fungera väl. Delegerad medarbetare skriver under/signerar sin delegering elektroniskt och kan där se hur länge den är giltig. Delegerad personal har fortsatt delansvar för delegeringens giltighet.

I april uppdaterades vår hälso- och sjukvårdsdokumentation Safe-Doc med att legitimerad medarbetare ska dokumentera enligt ICF (Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa). Samtliga lokala rutiner, lokala checklistor och blanketter har uppdaterats. Vi har implementerat de reviderade rutinerna och blanketterna som vår kvalitetsavdelning har gjort.

För att trygga patientsäkerheten anställdes i september ytterligare en sjuksköterska i verksamheten. En ansvarsfördelning har genomförts då man som sjuksköterska har två verksamhetsområden var. Med två anställda sjuksköterskor finns det större möjlighet att vara delaktig på varje enhet, arbeta närmare den boende och boendestödjare. Vi har påbörjat ett tätare samarbete med gruppchefer och verksamhetschef på respektive verksamhetsområde. Tid finns avsatt på varje APT där aktuella frågor och problem tas upp och diskuteras.

Vi har under våren 2017 haft två workshops med psykolog Anders Claesson i lågaffektiv metod. Något som vi under hösten 2017 utvecklade genom att ha handledning i lågaffektiv metod tre gånger med Terese Österholm. Under handledningen som varade 1,5 timme per tillfälle hade Terese både information och kunskapslyft men också en stund med att ha en dialog kring den problematik och svårigheter som personalen möter i vardagen och tips på hur de går förebyggas. Alla enheter inom alla fyra verksamhetsområden har deltagit i handledningen. Vi har även gjort en stor utbildningssatsning i studio 3 där 40 personer fått en 3 dagars utbildning i lågaffektiv metod samt redskap för att hantera utåtagerande personer. Syftet är att alla de verksamheter som regelbundet har personer med utåtagerande beteende ska gå studio 3, och till en början de enheter som ligger på Trehörna området.

Under 2017 har 5 medarbetare börjat studera till undersköterskor med stöd av verksamheten. Dessutom är det 5 personer som under 2017 tagit sin examen som undersköterska där Trehörna stått för delar av studietiden.

Under 2017 fortlöpte hjärt- och lungräddningsutbildning för hälften av personalen, andra hälften genomförde brandutbildning. Detta alterneras årligen.

I oktober hölls även en utbildning i utvecklingsstörning och autism genom lära för 20 deltagare.

Under 2017 har 5 gruppchefer samt två verksamhetschefer genomgått Ambeas ledarskapsutbildning.

Leg. Sjuksköterska har deltagit på nätverksträffar med andra sjuksköterskor i regionen vid 2 tillfällen, 1 gång på våren och 1 gång på hösten.

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.

Egenkontrollfrågorna besvaras i Q-maxit av verksamhetscheferna tillsammans med medarbetare och legitimerad personal. Egenkontroll har genomförts 2 gånger 2017 i alla 4 verksamhetsområden. Detta har gjorts under maj och novembermånad. Utifrån resultatet från egenkontrollen i maj har vi lagt upp en planering inför våra arbetsplatsträffar under hösten 2017 där vi aktivt arbetat med flera förbättringsområden. Utifrån svaren har förbättringsområden hittats och förts vidare till förbättringsloggen. Dessa olika områden har sedan ansvarsmässigt fördelats och arbetats vidare med. Vi har sedan knutit dessa till olika ledningsmöten och datum då de tagits upp.

Samtliga signeringslistor gällande läkemedel kontrolleras varje månad. Detta gäller både stående ordinationer och vid behovs ordinationer. Om signering saknas eller är avvikande krävs en dokumenterad förklaring innan arkivering. I de fall det är aktuellt skrivs en avvikelse i Q-maxit. Avvikelsen utförs i första hand av den medarbetare som bar ansvaret, inte den som upptäckte.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Trehörna har sedan 20 år konsultavtal med en psykiatriker som finns tillgänglig för de boende en förmiddag i veckan och vid behov genom telefonkontakt. Psykiatriker och sjuksköterska ansvarar för uppföljning av dessa.

Det finns ett gott samarbete mellan vårdcentralernas läkare och Trehörnas legitimerade personal. Då slutenvård anlitas, av somatiska eller psykiatriska skäl har dialog skett muntligt och skriftligt under och efter vårdtillfällena.

Tingsryds Kommun och Trehörna Omsorger har också ett avtal upprättat som innebär att hemsjukvården stöttar med insatser hos de boende och handledning till boendestödjare. I hemsjukvården ingår sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Insatser har krävts av arbetsterapeut och sjukgymnast vid exempelvis handledning i ergonomi och/eller ordination av hjälpmedel. Arbetsterapeut och sjukgymnast har fått inloggningsuppgifter och enkel introduktion i vårt dokumentationsprogram Safe Doc för att säkerställa informationsöverföringen. Sjuksköterska från hemsjukvården dokumenterar på journalblad vid insatser och Trehörnas sjuksköterska ansvarar för att föra in detta i vårt Safe Doc. Medicinska insatser av kommunens sjuksköterska har skett under den tid då patientansvariga sjuksköterska ej varit i tjänst, så som vid kvällar och helger.

Det sker även samverkan kring de boende/patienter som har en annan patientansvarig läkare, än Trehörnas konsultläkare. Detta kan t.ex. ske för de personer som vistas här med öppen LRV eller LPT. Denna kontakt sker vanligast via telefonkontakt när behov uppstår. Flera av de öppenvårdsteam vi har samarbete med besöker aktuella enheter och boende flera gånger i månaden.

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamheten har under året haft regelbunden samverkan med de olika uppdragsgivarna. Vid dessa tillfällen följer vi upp våra LSS-insatser men även vid behov hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från boende eller närstående har inkommit.

Inom Trehörna sker samverkan kontinuerligt genom uppföljningar med uppdragsgivaren enligt deras önskemål. Vi kan även påkalla behov av möten/samverkan. Uppdragsgivaren besöker då vår verksamhet.

Samverkan kring de boende som vistas här på öppen LRV eller LPT sker i form av vårdplanerings- och nätverksmöten. Uppföljningar 1-2 gånger per år.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerad personal har tillsammans med boendestödjare kontinuerliga uppföljningar och samverkan utifrån den boendes pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, vid behov förs en fördjupning på instruktioner och ordinationer. När en boende är i behov av läkemedelsförändringar, samtal med psykiatriker eller sjuksköterska förmedlar boendestödjare, arbetshandledare eller gruppchef detta via muntlig eller skriftlig dialog. Det är sjuksköterskans ansvar att boka in detta. Vid behov erbjuder psykiatriker hembesök när detta känns relevant.

Ett par gånger per halvår eller när behov uppstår genomförs en fördjupning på specifik enhet. Psykiatriker, sjuksköterska och boendestödjare går då igenom samtliga boende på specifik enhet.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid nyplacering görs alltid en riskbedömning samt preventionsbedömning efter behov för både den boendes och omgivningens trygghet. Utifrån detta skapas en handlingsplan. För de individer som varit på Trehörna under en längre tid uppdateras riskanalyserna två gånger per år eller vid förändringar.

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/Nytida . Ambea/Nytida är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Enfo, 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/Nytida arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Nytida 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.

Under 2017 har identifierats ett förbättringsområde vad gäller efterlevnaden av styrdokument för social dokumentation samt HSL dokumentation med tillhörande checklistor med syftet att öka informationssäkerheten.

Vid nyanställning får medarbetare läsa och skriva under tystnadsplikt.

Varje medarbetare har 2017 endast tillgång till journaler på den enhet eller enheter de är knutna till.

Vi har inte haft någon kvalitetstillsyn under 2017, en kvalitetstillsyn är planerad till mars 2018.

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.

Alla medarbetare har kunskap om Nytidans rutiner för rapportering av avvikelser, även att de har skyldighet att rapportera en händelse. Oavsett allvarlighetsgrad har vi en hög andel händelser som rapporteras. Avvikelser når legitimerad personal och verksamhetschef via mail och i Q-maxit. Vid avvikelse som riskerar en boendes säkerhet rapporterar personal detta omgående till gruppchef, sjuksköterska eller verksamhetschef. Vid behov träffas sjuksköterska, verksamhetschef och gruppchef och diskuterar avvikelser innan den diskuteras vidare på APT. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschefen som i sin tur tar beslut om information till regionchef. Rör det sig om en allvarlig hälso- och sjukvårdshändelse rapporteras detta till regionchef som har en vidare dialog med till MAS/kvalitetsutvecklare. Rapporteringsmässigt kan personalen from 2016 registrera i vårt avvikelssystem om de anser att detta är en 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.

Alla medarbetare har kunskap om Nytidans hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att direkt rapportera ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till regionchef, MAS/kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare informeras omedelbart. Även godman/företrädare kontaktas i fall det är aktuellt. Det viktigaste är att ansvarig chef har en direkt kommunikation med berörda.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

På Trehörna görs sammanställning av inkomna avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter av varje verksamhetschef, denna tar upp detta med respektive arbetsgrupp. Även på ledningsmöten tar vi upp ärenden och åtgärder diskuteras. Vid skydds-kommittéer protokollförs sammanställningen och uppföljning utförs.

Under 2017 har vi arbetat aktivt med avvikelser, främst rörande utebliven/felaktig signering. Diskussioner har förts på enheter där avvikelser varit något överrepresenterade. En tydligare ansvarsfördelning har behövts på flera enheter. Nya

rutiner har arbetats fram flertal gånger. En trend som setts är att medarbetare gjort avvikelser på utebliven dos när boende sovit, då detta är felaktigt har samtal tagits med berörda medarbetare och enheter. Informationen/blanketter angående avvikelser som finns i HSL-pärmen har reviderats.

Över hela Trehörna har antalet avvikelser minskat något i antal. Endast ett verksamhetsområde visar en liten uppåtgående trend. Detta kommer vi att fortsätta arbeta aktivt med under 2018.

2017 införde vi en obligatorisk webbutbildning för säkrare läkemedelshantering. Målet är att webbutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” ökat och ökar baskunskaperna och vikten av att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt. Målet är att den även ska öka förståelsen för roll och ansvar vid delegering. Under egenkontrollen oktober 2017 skapades ett förbättringsområde att årligen genomföra utbildningen i basala hygienrutiner.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten samverkar på olika sätt med såväl den enskilde samt närstående, om samtycke finns. Nytida har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

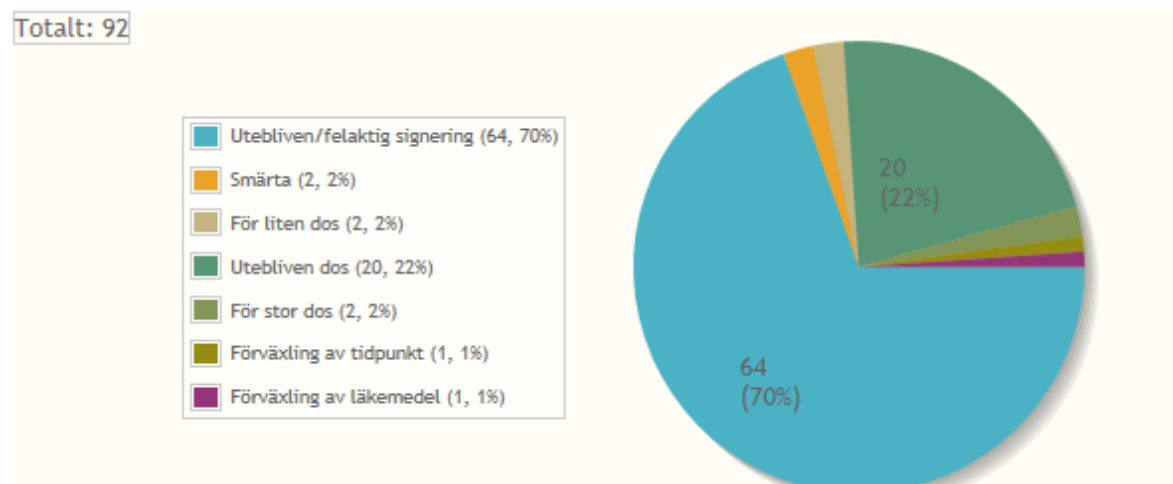
På Trehörna sker kontakt mellan legitimerad personal, boende och närstående/legala företrädare om och när behov finns.

Resultat

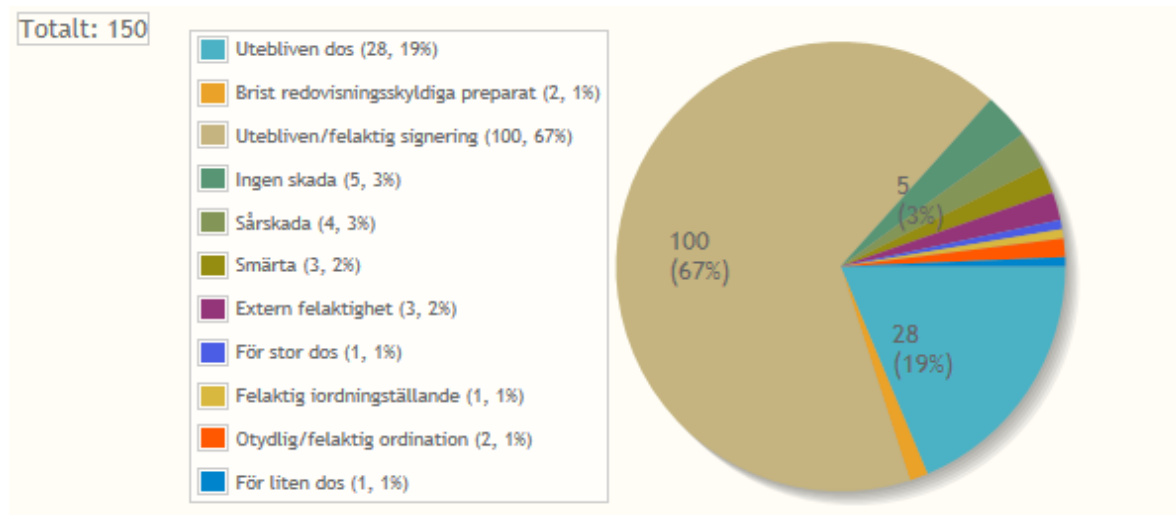
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 3

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

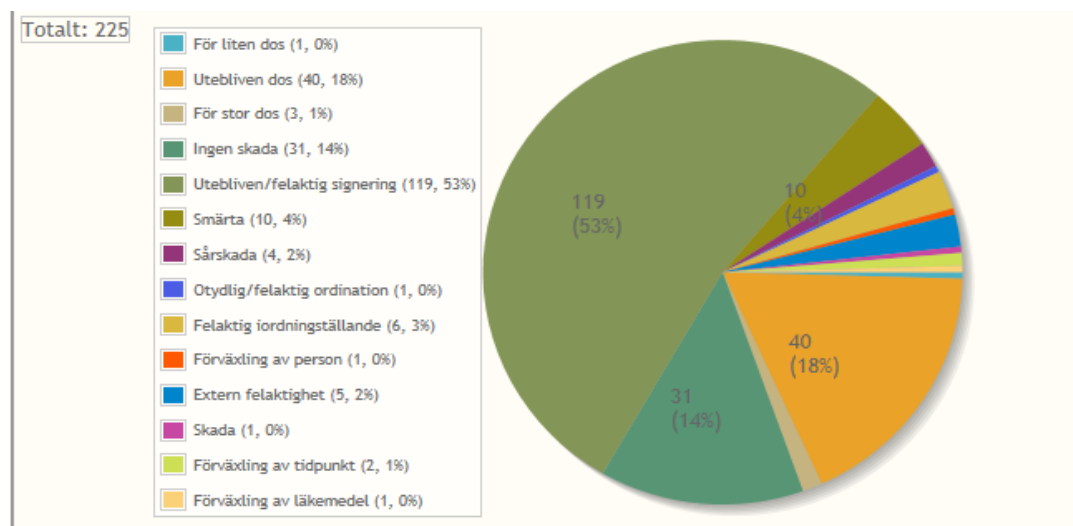
Trehörna 1



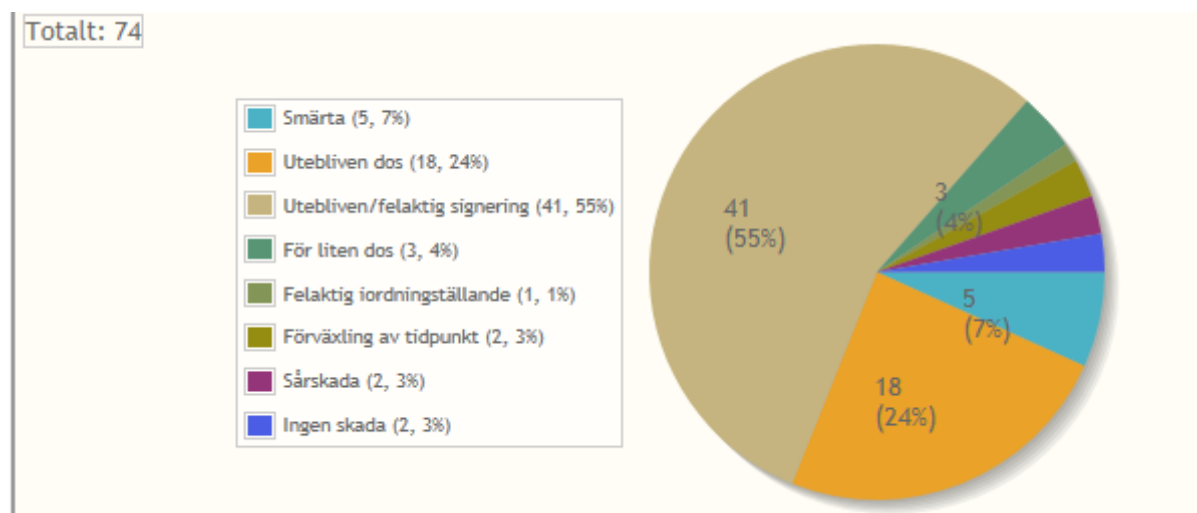
Trehörna 2



Trehörna 3



Trehörna 4



Resultat 2017

Område:	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måloppfyllelse:
	Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	Rutiner och riktlinjer för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	Läkemedelsgenomgång i samband med fall. Översyn har skett av bäddmadrasser, synundersökning och specialbeställda skor. Sjukgymnast har handlett personal med förflyttningsteknik och övningar för boende. Avvikelser följs upp och åtgärder sätts in vid behov. Följs upp vid behov på APT.	Ej mätbart.	Förbättringspotential. Fallriskbedömningar är utifrån vår målgrupp inte aktuellt på alla. Många av våra boende blir äldre och vi ser en ökad trend av fall. Mål att minska antalet fall, jobba mer med riskbedömning av

			Arbets terapeut har gjort bedömningar och förändring av boendemiljön, tex ramp över tröskel. Rörelselarm har installerats.		fall.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	Vid nyanställning och varje höst genomför all personal webbaserad utbildning i basala hygienrutiner. På enheter med blodsmitta finns särskilda rutiner. Muntlig och skriftlig information har getts kring detta. Dialog förts mellan ssk och smittskydds.ssk.		God.
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer	Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.	På APT förs återkommande diskussioner kring syftet och vikten av avvikelser för att lunna		
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	Att alla medarbetare: <ul style="list-style-type: none"> • kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt • En säker läkemedelshantering 	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen	Det finns rutiner för hur läkemedel ska hanteras, förvaras, administreras och dokumenteras på varje enhet i HSL-pärm. All delegerad personal ska vara väl införstådd med rutinerna. Inför delegering läses denna pärm igenom, efter uppvisade av diplom från webb utbildning via Svensk demenscentrum		Fungerar väl. Vid upprepade avvikelser förs personligt samtal med berörd personal. Beroende på allvarlighetsgrad och upprepningar har delegering återkallats. Regelbundna samtal kring vikten av rätt signering.

			kan det bli aktuellt med delegering.		
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Finns utsedda dokumentstödjare på varje enhet.		
Munhälsa	Alla boende ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning	Munhälsobedömning erbjuds årligen och utförs av Folktandvårdens leg. Tandhygienist. Vid behov har boende besökt folktandvården eller sjukhustandvården.		Fungerar väl.
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring	Viktigt att all personal förstår vikten av att börja sitt arbetspass med att läsa i journalen. Boendestödjare och leg. Ssk kommunicerar mellan Safe Doc, mail, telefon och personligen.		Fungerar väl.

Patientsäkerhetsplan 2018 för verksamheten

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

Nytidas verksamheter ska under 2018 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 boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid	Upprätta ny rutin för att säkerställa att ansvarig SSK är delaktig i upprättandet av den boendes riskbedömningar i Safedoc.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Säkerställa att ansvarig SSK är delaktig vid utformandet av handlingsplaner och uppdatering av riskbedömningarna i Safedoc.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Webbutbildning av Basala hygienrutiner ska genomföras årligen. Informera om detta på APT och boka tid/sätta datum när detta ska vara genomfört av samtliga.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation	Efterleva styrdokument för social dokumentation samt HSL dokumentation med tillhörande checklistor med syftet att öka informationssäkerheten. Utföra loggkontroller regelbundet.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Fortsätta den delegeringsprocess vi har idag. Sätta slutdatum när webbaserad utbildning ska vara genomförd.
Minska läkemedelsavvikelser	Tidigt följa upp upprepade avvikelser oavsett allvarlighetsgrad med berörd personal samt förbättra rutiner för läkemedelsgivning för respektive enhet.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Följa befintliga rutiner gällande rapportering av avvikelser. Informera om rapporteringsskyldigheten minst 2 ggr per år till alla arbetsgrupper på APT.