



2016 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2017 för

Trehörna Omsorger (Nytida Månstenen AB)

Datum och ansvarig för innehållet
2017-03-01, Hanna Ohlsson

Mallen är anpassad av Nytida AB utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall

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

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 Trehörna Omsorger AB är ett LSS boende och här sker löpande utveckling och förbättring av Hälso- och Sjukvård för att säkra patientsäkerheten.

Årligen eller vid behov granskas verksamheten av Nytidans kvalitetsavdelning.

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.

Delegeringar övervakas och skrivs numera ut digitalt genom Safe-Doc.

Under 2017 kommer vi som förbättringsåtgärd införa en obligatorisk webbaserad utbildning, ”Jobba säkert med läkemedel”. Denna utbildning kommer bli obligatorisk för all delegerad personal.

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:

- 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

Det övergripande målet är att alla ska få en god och säker vård med stöd av genomarbetade rutiner.

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 (§29) 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.

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

Inga vårdskador har skett under 2016 på Trehörna Omsorger AB.

Varje månad är det ledningsmöte på Trehörna där även sjuksköterskan är delaktig. Där tar vi upp avvikelser och förbättringsåtgärder generellt. Vi har nu även den månatliga kvalitetsflashen som underlag och stöd i våra diskussioner. Varannan vecka hålls ledningsgruppsmöte där det finns möjlighet att diskutera patientsäkerhet och specifika avvikelser.

Vidare diskuteras avvikelser på arbetsplatsträffar med personalgruppen och utifrån det görs förbättringsförslag och handlingsplaner där behov finns.

Skyddskommittémöte hålls fyra gånger/år.

Personal har från legitimerad personal tagit emot delegering och ansvarar för att den boende får rätt läkemedel, vid rätt tidpunkt och rätt dos.

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.

Ett rörelselarm har installerats, detta är godkänt och har dokumenterats.

2016 fortlöpte hjärt- och lungräddningsutbildning för hälften av personalen, andra hälften genomförde brandutbildning. Detta alterneras årligen.

Personalens delegering kontrolleras digitalt via Safe Doc. Detta är säkrare och mer överskådligt. Delegerad personal har fortsatt delansvar för delegeringens giltighet.

Vi har implementerat de reviderade och uppdaterade rutinerna och blanketterna som vår kvalitetsavdelning har gjort.

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.

Samtliga signeringslistor gällande läkemedel kontrolleras. Detta gäller både stående ordinationer och vid behovs ordinationer. Om signering saknas krävs en dokumenterad förklaring innan arkivering. I de fall det är aktuellt skrivs en avvikelse. Avvikelsen utförs av berörd personal.

Egenkontrollfrågorna besvaras i Q-maxit av verksamhetscheferna tillsammans med medarbetare och legitimerad medarbetare. Detta har gjorts under maj och oktober månad. Utifrån svaren har förbättringsområden hittats och förts vidare till förbättringsloggen. Dessa olika område har sedan ansvarsmässigt fördelats och arbetats vidare med. Vi har sedan knutit dessa till olika ledningsmöten och datum då de tagits upp.

Vi har inte haft någon kvalitetstillsyn under 2016, planeras under 2017.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

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

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. För att säkerställa informationsöverföringen har en

lokal rutin upprättats. Legitimerad personal från Tingsryds Kommun dokumenterar vidtagna åtgärder på förtryckt blankett. Det är Trehörnas sjuksköterskas ansvar att anteckningen dokumenteras i vårt dokumentationsprogram Safe Doc.

Medicinska insatser av kommunens sjuksköterska har skett under den tid då vår patientansvariga sjuksköterska ej varit i tjänst, så som vid obekvämt arbetstid och vid ledigheter.

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 vistats här under öppen LRV eller LPT. Denna kontakt sker vanligast via telefonkontakt när behov uppstår.

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

Samverkan kring de boende som vistas här på öppen LRV eller LPT sker i form av vårdplanerings- och nätverksmöten.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerad personal har tillsammans med boendestödare kontinuerliga uppföljningar och samverkan utifrån den boendes pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella förs en fördjupning på instruktioner och ordinationer.

Ett par gånger per halvår eller när behov uppstår genomförs en fördjupning på specifik enhet. Denna fördjupning sker då som ett tvärprofessionellt arbete mellan psykiatriker, psykolog, sjuksköterska och boendestödare.

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 årligen.

Vi har under 2015 påbörjat de riskbedömningar som görs i arbete med kund (för arbetsmiljön).

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 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. Utifrån det följer vi den uppdaterade föreskriften från 2016.

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 Omsorger 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.

Avvikelser rörande utebliven/felaktig signering har inte minskat sedan föregående år. Tyvärr kan en liten ökning ses. Diskussioner kring detta fenomen har förts på de enheter där frekvensen är hög. En möjlig anledning som kan ses är den höga personaltätheten. Det behövs en tydligare ansvarsfördelning i stora personalgrupper. Detta är något vi kommer att fortsätta arbeta aktivt med under 2017.

Vi kommer under våren 2017 att införa en obligatorisk webbutbildning för säkrare läkemedelshantering, all personal ska genomföra utbildningen vid förnyelse och inför delegering. Denna utbildning ger baskunskaper i att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person på rätt sätt. Förhoppningen är att den även ska öka förståelsen för roll och ansvar vid delegering.

Några ökade avvikelser som lett till vårdskada har vi inte haft under 2016.

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. Verksamheten arbetar med kontinuerliga husmöte/boenderåd. Nytida har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

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

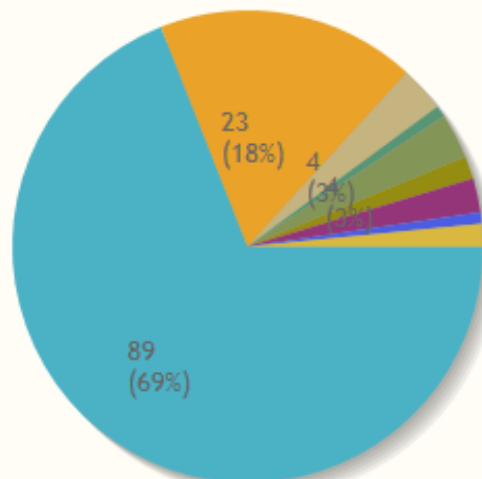
Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit under 2016

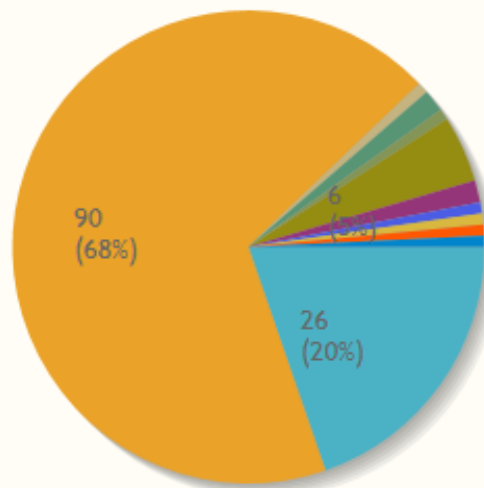
Trehörna Område 1

Totalt: 129



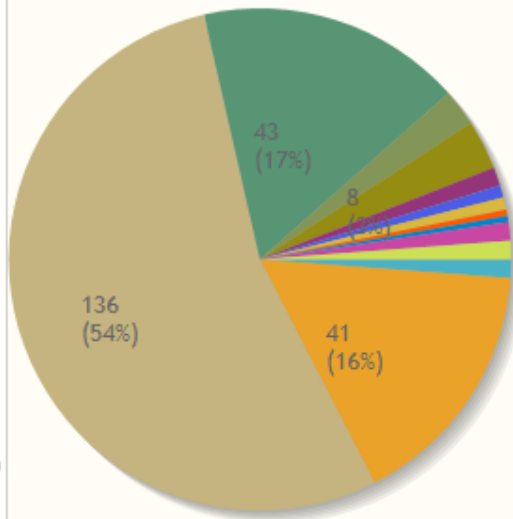
Trehörna Område 2

Totalt: 132



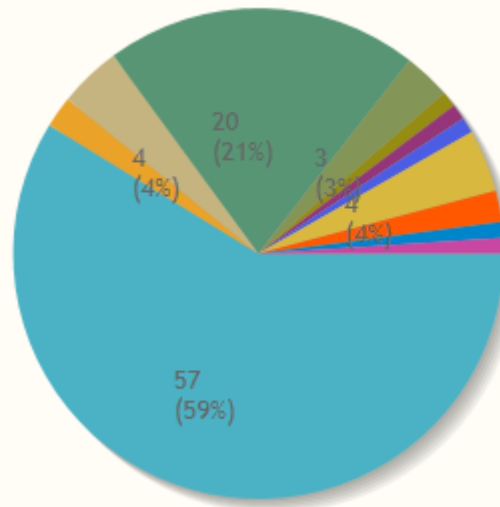
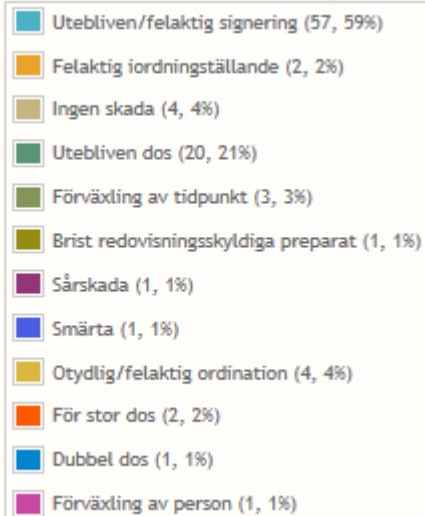
TrehörnaOmråde3

Totalt: 252



Trehörna Område 4

Totalt: 97



Resultat 2016

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 rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som t.ex. fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	<p>Rutiner och riktlinjer för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>Personal som arbetar med förflyttningshjälpmedel fått handledning av Leg. Sjukgymnast.</p> <p>Avvikelser följs upp och åtgärder sätts in vid behov. Uppföljning vid behov på APT/LG-möte.</p> <p>Bedömning och förändring av boendemiljön vid risk för fall.</p> <p>Rörelselarm har installerats.</p>	Andel är så liten att det inte går att mäta procentuellt.	Utifrån vår målgrupp är ej fallriskbedömningar aktuellt på alla.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	<p>Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	<p>Rutiner kring vårdhygien har uppdaterats och gjorts tillgängliga på varje enhet. Repeteras inför förnyelse av delegering. Inför influensaperiod ges extra uppmaningar.</p> <p>På de enheter man hanterar boende med blodsmitta har ytterligare åtgärder skett så som ökad användning av skyddshandskar, ytdesinfektion och plastförkläden. Muntlig och skriftlig information</p>		

			har getts.		
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer	Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.	Regelbunden diskussion kring syftet med avvikelser förs. Att det är en viktig del av kvalitetsutvecklingen.		Mycket hög andel händelser rapporteras, oavsett allvarlighetsgrad vilket vi är nöjda med.
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 läkemedelshantering	Finns mycket tydliga rutiner för hur läkemedel ska förvaras, hanteras, administreras samt dokumenteras. Dessa finns tillgängliga på samtliga enheter. Medicinska rutiner läses igenom av den enskilde innan träff inför delegering. Genomgången sker i huvudsak enskilt.		
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Riktlinjer för hur korrekt dokumentation ska ske har genomgåts på APT av verksamhetschefer då behov har setts. Legitimerad personal har haft personlig och mailkontakt med specifik personal.		
Vård i livets slut	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. • Dokumentera i en omvårdnadsplan 	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut	Boendestödjare får handledningen och stöttning av patientansvarig sjuksköterska. Blir det en utökning av vården, t.ex. kring smärtlindring utförs det av hemsjukvården i kommunen.		

MNA (kost/nutrition/vikt)	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter skall 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>Där risk för malnutrition föreligger följs aktuella mätvärden regelbundet.</p> <p>Uppföljning av 2014 års kostutbildning planeras under kommande år.</p>		
Munhälsa	<p>Alla boende ska erbjudas en god munvård</p>	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p>	<p>Munhälsobedömning erbjuds årligen och utförs av Folk tandvårdens leg. Tandhygienist.</p>		
Inkontinens	<p>Alla boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt</p>	<p>Följa styrdokument och riktlinje</p>	<p>Ordination och utskrivning av inkontinenshjälpmedel utförs av distriktssköterska på vårdcentral. Uppföljning och utvärdering i boendet med den boende, personal och sjuksköterska.</p>		
Samarbete och intern kommunikation	<p>Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring</p>	<p>All information av vikt dokumenteras i SafeDoc. Vid större förändringar ges också muntlig info, vid behov på plats i boendet. Gruppinfo sker på APT.</p>		
Rehabiliterade synsätt	<p>Att förbättra boendes egen livskvalitet och funktionsförmåga fysiskt, psykiskt och socialt. Att hjälpa boende nå egen självständighet och delaktighet. Att skapa förutsättningar för egenvård.</p>	<p>Rutiner och riktlinjer</p> <p>Kompetens hos HSL- och övrig personal.</p>	<p>I de fall rehabilitering är aktuellt i ett LSS-boende som vid t.ex. fraktur eller stroke görs en vårdplan med berörda aktörer. När det gäller självständighet och självbestämmande utifrån LSS är det grunden i hela lagstiftningen och vårt förhållningssätt.</p>		

<p>Medicinsk Tekniska Produkter</p>	<p>En trygg och säker användning av MTP</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för användning av MTP.</p> <p>Anvisningar och manualer ska finnas tillgängligt för personalen.</p> <p>Kompetens hos förskrivare/ordinatörer Handledning/utbildning för all personal</p>	<p>Det finns en del tekniska hjälpmedel som Trehörna äger som kontrolleras av legitimerad arbetsterapeut.</p> <p>Övriga hjälpmedel lånas in via kommunens AT/SG. Handledning sker i samband med detta av berörd leg. personal.</p>		
--	---	---	--	--	--

Patientsäkerhetsplan 2017 för verksamheten

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

Nytudas verksamheter ska under 2017 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2017 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	Även riskbedömning i arbete med kund (utifrån arbetsmiljön) och handlingsplan ska göras på samtliga nya boende. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar, även de som bott här en längre tid. En arbetsmiljöpärm har iordningställts till varje enhet, i denna pärm förvaras bl.a. dessa riskbedömningar med aktuella handlingsplaner.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Utifrån gjorda riskbedömningar är målet att minska hot och våld situationer. Alla chefer har initialt i år genomgått en utbildning kring lågaffektivt bemötande, denna satsning arbetas vidare med utbildningsmässigt till boendepersonalen. Denna satsning har delvis som syfte att minska hot och våldssituationer.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Utifrån de insatser vi gjort, har vi idag goda basala hygienrutiner.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation	Vi har ett omfattande arbete planerat i höst med att vidareutbilda personalen i socialdokumentation (framförallt genomförandeplaner). Det har tillsatts ett dokumentationsråd och varje enhet har fått en dokumentstödjare. När det gäller HSL har få vårdplaner gjorts, detta är utvecklingsmål under 2017.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Målet är att avsevärt minska antalet läkemedelsavvikelser. Vi kommer under våren 2017 att införa en obligatorisk webbutbildning för säkrare läkemedelshantering. Denna utbildning ger baskunskaper i att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person på rätt sätt. Förhoppningen är att den även ska öka förståelsen för roll och ansvar vid delegering. Vid förnyelse av delegering krävs genomfört kunskapstest och uppvisande av diplom.



Minska läkemedelsavvikelser	Se ovan
Rapportering av händelser – Vårdskada	Målet är att rapportera avvikelser. Inga insatser planeras.