



Patientsäkerhetsberättelse för Dianagården 2017

2018-02-13

Carina Stenbaek
Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Åtgärder under året	8
Uppföljning genom egenkontroller	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

För att öka patientsäkerheten och de boendes delaktighet i sin vård och omsorg på Dianagården har hälso- och sjukvård och omsorgspersonal bedrivit sitt arbete utifrån ett hälsofrämjande, riskförebyggande och personcentrerat synsätt.

Med hjälp av resultat från riskbedömningar har personalen vidtagit åtgärder, som följts upp och vid behov ändrats för att minimera de boendes risker för undernäring, fallolyckor och trycksår. Personalen har rapporterat avvikelser som inträffat i verksamheten. Avvikelser, de boendes och närståendes synpunkter och klagomål har bedömts och analyserats i verksamhetens kvalitetsråd samt uppföljning på arbetsplatsträffar. Vid behov har åtgärder vidtagits av hälso- och sjukvårdspersonal, personalen och verksamhetschefen för att förbättra kvaliteten, säkerheten av vården och omsorgen. Återkoppling till de boende och närstående om kvalitetsrådets beslut har skett skyndsamt enligt rutinerna. Ingen känd smittspridning har skett under året. Vi registrerar i och använder oss av kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD samt Svenska Palliativa registret.

Verksamhetschefen och biträdande enhetschefen har tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen uppdaterat ledningssystem och initierat interna utbildningar. Vid kontinuerliga samverkansmöten har information givits och diskussion förts med omsorgspersonalen i kvalitets- säkerhets- och utvecklingsarbetet, för att säkerställa en god och värdig vård och omsorg för de boende.

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och kontaktmannen stöttat den boendes förmåga att uttrycka sin önskan om hur vården och omsorgen ska genomföras för att uppnå bästa möjliga välbefinnande, livskvalitet och en riskanalys har gjorts. För att bättre uppmärksamma och förstå den boendes önsknings och behov prioriterar personalen den närståendes medverkan.

Utifrån riskbedömningar och ställningstagande för risk för undernäring görs kontinuerliga viktkontroller, både vid ordination och vid behov.

Nattpersonalen serverar på ordination eller vid önskemål näringsdryck eller nattmål till de boende, det är en föredömlig metod för att förhindra för lång nattfasta.

Övergripande mål och strategier

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

Dianagårdens patientsäkerhetsarbete utgår ifrån hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och andra berörda lagar och förordningar samt berörda föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

Målsättning från Kommunfullmäktige 2017

Alla äldre har en trygg ålderdom och få en äldreomsorg av god kvalitet

Staddelsförvaltningens nämndmål: 2017

Äldre är trygga och äldreomsorgen präglas av god kvalitet

Dianagårdens målsättning 2017

Hälso- och sjukvården på Dianagården är säker och av god kvalitet.

Strategier

På Dianagårdens vård och omsorgsboende bedrivs ett systematiskt arbete med att förebygga undernäring, fallolyckor och trycksår och riskbedömningar inom dessa områden görs minst en gång per år. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms och analyseras i verksamhetens kvalitetsråd, multiprofessionella möten, avdelningsmöte och arbetsplatsträffar. MAS genomför en uppföljning av verksamhetens hälso- och sjukvård en gång per år. MAR följer samtidigt upp rehabiliteringen och sina ansvarsområden av medicintekniska produkter och fallprevention.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Stadsdelsnämnden har det yttersta ansvaret för en god och säker hälso- och sjukvård inom nämndens verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvarar för att

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet
- vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv
- upprätta ett lokalt kvalitetsledningssystem med rutiner som implementeras och tillämpas i verksamheten
- Bitr. enhetschef och samtlig personal inom berörd verksamhet informeras om MAS och MAR regler
- lokala rutiner upprättas utifrån MAS/ MAR regler
- identifiera risker, problem och resurser i verksamheten med åtföljande åtgärder och förstärkningar

-
- genom egenkontroll följa upp och utveckla kvaliteten och ett forum för kvalitetsarbete samt formulera kvalitetsmål
 - personalen har rätt kompetens
 - och att kompetensen upprätthålls och utvecklas

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boenden och dagverksamheter.

Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar inom de områden som i huvudsak berör rehabilitering.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar förutom sitt sedvanliga yrkes- och befattningsansvar dessutom för att

- inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård och omsorg
- rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt utreda, åtgärda och följa upp avvikelsen
- delta i riskinventering, förbättrings- och utvecklingsarbete
- delta i upprättande av det lokala kvalitetsledningssystemet
- delta i egenkontrollen för att följa upp att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och andra tillämpliga lagars och före-skrifters intentioner

Omsorgspersonalen ansvarar för att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och instruktioner gällande de boendes/patienternas vård och omsorg samt genom delegering genomföra hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt berörda lagar, föreskrifter, regler och rutiner och medverka till en hög patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen

En kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelshantering genomförs av legitimerad specialistutbildad farmaceut för att säkra hanteringen av de boendes läkemedel och deras läkemedelsbehandling utifrån läkarens ordinationer. Läkemedelgranskning är gjord 17 01 27

Tvärprofessionell samverkan på våningsplanen i verksamheten

Varje vecka har verksamheten multiprofessionella team möten på varje våningsplan där omvårdnadsansvarig omsorgspersonalen, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar. Syftet med mötena är att varje boendes resurser, eventuella risker och problem ska uppmärksammas, åtgärdas och följas upp med fokus på den personcentrerade vården och omsorgen.

Verksamhetschefens dagliga möten med all personal

Verksamhetschefen eller bitr. enhetschef har som rutin att varje morgon

träffa både omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalen ute på varje våningsplan för att lyssna och vid behov stödja dem i vård- och omsorgsarbetet. Dessa möten bidrar till chefens kvalitetssäkring av det lokala kvalitetsledningssystemet och viktig kännedom om de boendes och personalens vardag.

Demens

Demensenheten har kvalitetssäkrat sitt arbete genom utbildning i BPSD orienterat förhållningssätt i vården av den demenssjuke.

Metoden går ut på att hitta ingångar till de ofta problematiska beteendemässiga och psykiska symtom som ingår i sjukdomen.

Vid inflyttning gör det multiprofessionella teamet en kartläggning av dessa symtom med hjälp av ett utarbetat instrument NPI-skalan (Neuropsychiatric Inventory scale) samt en analys för att utesluta eventuella andra bakomliggande orsaker som smärta, malnutrition, fysisk sjukdom. En vårdplan görs upp och registreras i BPSD- registret. Denna revideras varefter och följs upp och kompletteras utifrån den boendes behov kontinuerligt. Detta förhållningssätt minskar användandet av dämpade läkemedel och när de används utvärderas de kontinuerligt i samband med uppföljningarna i BPSD- registret.

Palliativa teamet

Äldreomsorg bygger på en nära och lång relation mellan omvårdnadspersonalen och den boende, alternativt att det finns perioder där de som flyttar in går bort inom 1-3 månader efter inflyttning.

För personalen såväl individuellt som i grupp kan vård i livets slut väcka starka känslor hos dem själva som kan vara svåra att hantera och som man skäms för att visa samtidigt som man ska ge stöd till den som befinner sig i vård i livets slut och dennes anhöriga.

För att förbättra omhändertagandet av den boende i vård i livets slut och för att stötta personalen i denna process har Dianagården utbildat personal i palliativ vård som blir palliativa ombud, vilka kan stötta i dessa processer.

Kvalitetsråd

Verksamheten arbetar med egenkontroll genom sitt tvärprofessionella kvalitetsråd som består av kvalitetsombud (omsorgspersonal) från varje våningsplan, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och verksamhetscheferna. De träffas 1 gång per månad och bedömer alla avvikelser, klagomål och synpunkter samt vidtar åtgärder vid behov och följer upp detta. Återkoppling sker till berörd personal, boende, närstående samt på APT arbetsplatsträffen. Genom att deltagarna i kvalitetsrådet hanterar alla avvikelser arbetar de också med analyser och försöker identifiera dolda risker och mönster för att kunna vidta rätt åtgärder och förbättra säkerheten och kvaliteten för de boende.

Hälso- och sjukvårdsegenkontroller

Analys och utvärdering efter extern läkemedelsgenomgång, loggkontroller samt narkotikakontroller sker på sjuksköterskemöte.

Analys och utvärdering

Verksamhetschefen ansvarar för analys och utvärdering av resultatet för övriga egenkontroller tillsammans med deltagarna i den lokala kvalitetsgruppen.

Årlig uppföljning av MAS/MAR

Varje år genomför MAS och MAR en omfattande uppföljning av hälso- och sjukvården och ansvarsområden inom rehabilitering, medicintekniska produkter och fallprevention.

Registreringar i kvalitetsregistren

Registreringar i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD registret Svenska Palliativa registret.

Vårdhygien

Avtal finns med Vårdhygien som innebär ett nära samarbete angående rådgivning, utbildning samt hygienronder som genomförs varje år.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2017 har verksamheten arbetat med kontinuerligt patientsäkerhetsarbete, har därför fokuserats på att bygga upp en kompetent bemanning i sjuksköterskegruppen. Tre sjuksköterskor är anställda, dagtid och tre sjuksköterskor för arbete på natten med rullande schema.

Fysioterapeutens och arbetsterapeutens arbetsområden har förtydligats med fokus på yrkes- och befattningsansvaret.

För att öka omsorgspersonalens delaktighet och engagemang har olika arbetsgrupper bildats inom områdena kost, inkontinens, hygien och aktiviteter.

Kvalitetsråd arbetar tillsammans med representant av undersköterska eller vårdbiträde från varje boendeenhet, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, biträdande enhetschef samt verksamhetschef. Rådet träffas en gång per månad och alla avvikelser, egenkontroller, synpunkter och klagomål bedöms, analyseras, åtgärdas samt följs upp. Återkoppling sker till övrig berörd personal på APT arbetsplatsträffar och teammöten.

Viss återkoppling om specifika händelser och beslut sker på arbetsplatsmöten.

De boende och deras närstående får också återkoppling på för dem berörda delar från kvalitetsrådet genom sjuksköterskans eller verksamhetschefen.

Dokumentation pågår kontinuerligt i ICF journalhantering i VODOK av hälso-sjukvårdspersonal. Övriga incidentrapporter registreras i programet IS.

MAS kontaktas omedelbart vid allvarlig vårdskada och för rapportering och konsultation i olika avvikelsefrågor.

Samverkan med läkarorganisationen Legevisiten, närstående mm.

Utbildningar internt och i stadens regi; Demens registret BPDS, basala hygienrutiner, förflytningsutbildningar.

Dokumenterade läkemedelsgenomgångar för den enskilda sker minst en gång per år.

Fyra sjuksköterskor har gått utbildningen ”Läkemedel och äldre”.

Åtgärder under året

En genomgång av alla rutiner för hälso-och sjukvård i gjorts. Nya rutiner har tillkommit, en revidering och uppdatering av befintliga rutiner har gjorts. Dessa rutiner finns dokumenterade och har presenterats på teammöten.

En sjuksköterska med specialistkompetens i vård av äldre som arbetar 25% med intern utbildning och kvalitetsarbete för hela personalgruppen.

Sjuksköterskor har infört och utfört vårdtyngsmätning för att skapa underlag till god sjukvård och omvårdnad. Vid behov leder dessa resultat tillfälligt till ökad bemanning.

Genomgång av journaler har gjorts för att säkerställa att rätt information finns angående förskrivna hjälpmedel.

Besiktning av hjälpmedel, sängar, lyftar och selar har utförts enligt gällande rutiner.

Rehab har under året fördjupat sig i inventering och genomgång av hjälpmedel vilket resulterat i utökad kontroll och förbättrad registrering av medicinska produkter. Tydliga rutiner har införts gällande utlämning av hjälpmedel. På individnivå leder detta till ökad personcentrerad vård och ökad patientsäkerhet.

Handledning utifrån den enskildes omvårdnadsbehov ges kontinuerligt av sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut till omvårdnadspersonalen. Under året har 89 % av personalen gjort E- utbildning i basala hygienrutiner. 46 personer ur omsorgspersonalen, de flesta ordinarie, och en del visstidsanställda, har deltagit i utbildningen ”Delegering i läkemedelshantering”.

Under året har ett projekt för förbättrad informationsöverföring startats upp eftersom informationsbrister leder till majoritetet av vårdskadorna inom hälso- och sjukvård. Detta i enlighet med Socialstyrelsens och SKL:s rekommendationer för kontinuerligt patientsäkerhetsarbete. Detta har lett till en ökad medvetenhet om kommunikationsprocessen och betydelsen av korrekt informationsöverföring. Utbildning har skett i kommunikationsverktyget SBAR till såväl fast som visstidsanställd personal.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i det lokala ledningssystemet

Egenkontroll på Dianagården genomförs enligt ett lokalt egenkontrollprogram, där *uppföljningsområde*, *frekvens* samt *vem* som utför egenkontrollen framgår. I de flesta lokala rutinerna redovisas närmare hur egenkontrollen utförs samt samlas in för analys och utvärdering.

Varje månad samlas personal till möte för genomgång av föregående månads dokumentation av egenkontroller. En sammanställning sker av resultaten utifrån underlagen av rapporterade uppgifterna. Resultatet skrivs på avsedd blankett ”Sammanställning av egenkontroll” och sparas.

Verksamhetschefen ansvarar för analys och utvärdering av resultatet tillsammans med sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut och övriga deltagarna i den lokala kvalitetsgruppen. Dokumentationen samlas i en pärm märkt egenkontroll som förvaras i Verksamhetschefens rum.

Analys och utvärdering efter extern läkemedelsgenomgång, loggkontroller i digitala system som Sociala system och NPÖ, samt narkotikakontroller sker på sjuksköterskemöte.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten samverkar alla personalkategorier i tvärprofessionella team kring den boende för att stärka de individuella resurserna och förebygga vårdskador.

Sjuksköterskorna är noga med att inhämta information från slutenvården och primärvården vid den boendes inskrivning framförallt en uppdaterad läkemedelslista. Sjuksköterskorna uppdaterar omsorgspersonalens delegeringsbeslut och följer upp personalens kunskaper om den delegerades medicinska arbetsuppgifter.

Förflyttning med personlyft, utskrivning från slutenvården och läkemedelshantering är områden med många aktiviteter som utförs av olika personalkategorier som ska samverka för att den boende ska få en säker vård och omsorg.

All personal har fått utbildning av fysioterapeut eller arbetsterapeuten i förflyttningsmetodik och utbildning i läkemedelshantering av sjuksköterskorna.

Handledning utifrån den enskildes omvårdnadsbehov ges kontinuerligt av sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Under året har 89 % av personalen gjort E- utbildning i vårdhygien.

Verksamheten samverkar med landstingets Tandvårdsenhet gällande de

årliga kostnadsfria munhälsobedömningarna för alla boende på Dianagården av legitimerad tandhygienist. OAS (Omvårdnadsansvarig sjuksköterska) utfärdar också tandvårdsstödsintyg i landstingets dataprogram

U-symfoni för boende med behov av nödvändig tandvård.

Regelbundna kostråd med kostombuden från varje enhet tillsammans med matleverantören. Sjuksköterskorna har fått tillgång till stadsdelens diätist för konsultation i specifika fall.

Anhörigsamverkan vid välkomstsamtal och anhörigmöten. I stadsdelen finns anhörigkonsulent.

Bedömningsinstrument för ställningstagande till risk för undernäring.

Utifrån kontinuerliga riskbedömningar görs viktkontroller. Nattpersonalen serverar vid behov eller på ordination näringsdryck eller nattmål till de boende. Det är en föredömlig metod för att förhindra för lång nattfasta.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys har upprättats inför årets sommarbemanning.

Risikanalys genomförs för varje nyinflyttad boende.

Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar dagligen med riskbedömningar för att förebygga vårdskador för de boende framförallt inom områdena nutrition, fallolyckor och trycksår. De boende och deras närstående är viktiga samarbetspartners i detta arbete.

Rutin och blanketter för hur riskanalyser ska genomföras och dokumenteras har tagits fram under året.

På det lokala kvalitetsrådet leder allvarliga avvikelser till att riskanalys genomförs.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller har gjorts avseende dokumentation och läsbehörighet av samtlig personal i journalssystemen. Inga avvikelser eller anmärkningar har identifierats under året.

Aktualisering av rutiner för överrapportering har setts över så att sekretessen säkerställs, rapportering sker i avskilda rum.

Risikanalys har gjorts i överrapporteringssituationen och åtgärder har vidtagits för att överbrygga de hinder som funnits för effektiv informationsöverföring.

Det strukturerade kommunikationsverktyget SBAR, som rekommenderas av SKL och Socialstyrelsen, har införts som projekt på en avdelning för att säkerställa vad och hur informationsöverföringen görs. Detta har

gjort att både muntlig och skriftlig informationsöverföring sker enligt en fastställd mall,

detta för att undvika missförstånd och individuell variation i vad som rapporteras.

All personal, såväl tillsvidareanställd som vid behovs-anställd har fått tillgång till journalssystemet för information och dokumentation.

Kontinuerlig översyn av åtkomst till journalsystemen och datamappar, genomgång så att endast aktuell personal med anknytning till verksamheten finns med.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vid vårdskada eller risk för vårdskada dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonalen händelsen i den digitala avvikelsemodulen i journalssystemet VODOK. Åtgärder och uppföljning av eventuella sår, smärtor bristande läkemedelshantering eller andra konsekvenser av till exempel fallolyckor är dokumenterade i journalens avvikelesemodul.

Händelsen åtgärdas och utreds och rapporteras till verksamhetschefen. Vid allvariga händelser kontaktas MAS/MAR.

Uppföljningen med verksamhetens avvikelser sker i kvalitetsrådet, arbetsteamet samt på arbetsplatsträffar.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Klagomålet bedöms och åtgärdas, vilket kan innebära olika utredningar, rättelser och förbättringar av händelser.

Klagomål skickas till verksamhetschef för vidare handläggning. Alla klagomål ska besvaras snarast och senast inom en månad. I det fall det gäller en enskild person dokumentera detta i hälso-och sjukvårdens journal.

Ledningen går igenom och protokoll för aktuella klagomål, diskuterar vad som har gjorts och vad som kan göras på kort sikt och på lång sikt för att det inträffade inte ska upprepas.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten.

Verksamhetschefen ansvarar för att anmält missnöje som ej leder till ett skriftligt klagomål dokumenteras på statistikblanketten för klagomål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Sammanställningen av inkomna avvikelser sker inför att kvalitetsrådet sammanträder, varje månad samt årsvis.

Analys och åtgärder för att säkra kvalitén diskuteras och beslutas i kvalitetsrådet. Dokumentation sker i minnesanteckningarna från kvalitetsrådet. Efter utredning återkopplas resultatet till berörda parter.

MAS blir alltid inkopplad i allvarliga hälso- och sjukvårdsfrågor samt bedömningar om vårdnivåer.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) och kontaktmannen ett välkomstsamtal med den boende och dennes närstående.

En informationsfolder överlämnas om enheten och muntlig information ges om våningsplanet och där det bland annat framgår till vem den boende och dennes närstående ska vända sig med olika frågor.

OAS gör en preliminär bedömning av den boendes behov och önskemål av vården och frågar om eventuella allergier, läkemedel och sjukdomar samt vilka önskemål den boende har beträffande mat och måltider. Vid samtalet med den boende utgår sjuksköterskan från sökorden rubrikträdet i ICF/Vodok.

Sjukgymnasten bedömer den boendes förflyttningsförmåga och arbetsterapeuten den boendes behov av hjälpmedel- ADL.

Kontaktmannen upprättar en temporär genomförandeplan tillsammans med den boende och eventuellt dennes närstående. I samband med detta görs en riskanalys för att säkra omvårdnaden för den boende.

Hälso- och sjukvårdspersonlen informerar också om fallpreventiva åtgärder som rätt säng, larmmatta, madrass, höft-skyddsbyxor, betydelsen av att helst undvika mattor i sin lägenhet och lösa kablar samt vikten av en bra belysning.

Närstående erbjuds efter samtycke från den enskilde delta vid vårdplaneringsmötet vid inflyttningen samt att få information vid förändrat hälsotillstånd samt brytpunktsamtal vid vård i livets slut.

Inom 14 dagar efter inflyttning bjuder OAS in den boende och om boende önskar även den närstående till ett hälsosamtal. Om den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller legal företrädare delta. Vid mötet deltar alltid den boendes kontaktman och arbetsterapeut och fysioterapeut. Samtalet förs utifrån ett hälsofrämjande perspektiv där den

boendes resurser är i fokus och den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd. Vid mötet diskuteras även de riskbedömningar som OAS genomfört efter inflyttningen gällande den boendes status av nutrition, fallolyckor och trycksår och förslag på planerade åtgärder vid identifierade risker, en riskanalys görs. De standardiserade bedömningsinstrument som OAS använder är:

MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår

DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

ROAG= Revised Oral Assessment Guide, instrument för bedömning av munhälsan

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelsgenomgång

Samtliga nyinflyttade har fått en genomgång av sina läkemedel under året. Vid varje läkemedelsförändring görs en genomgång av läkemedlen för den enskilde.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Har genomförts i januari 2017. Åtgärder enligt åtgärdsplan från apotekare pågår.

Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser rapporteras i journalsystemet Vodok och manuell rapportering. Under 2017 har 52 ärenden rapporterats, de flesta handlar om uteblivna doser.

Under året har ett systematiskt kvalitetsarbete genomförts för att minska uteblivna doser.

Fallolyckor

63 fall inträffade under året och i de flesta fall ledde inte till skada för den enskilde. Det finns åtgärdsprogram för de boende som har stor fallrisk.

Ledningssystem

Kvalitetssystemet har uppdaterats och lokala rutiner för hälso- och sjukvården har genomgått en reviderats under året.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fortsatt fokus på att öka kunskap och utveckling av dokumentationen i den nya ICF- journalen samt öka registreringar i de nationella kvalitetsregistren.

Omsorgspersonalen ska delta i utbildning i läkemedelshantering samt vårdhygien.

Implementera kvalitetsledningssystemet i huvudsak med focus på riskhantering och förebyggande arbete.

För att förebygga och förhindra smittspridning ska arbetet med infektionsregistrering och registrering av inträffade fall intensifieras.

Uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner genom egenkontroll ska genomföras under året.

Arbetet för en säker överflytt i samband med att boende flyttar till andra verksamheter kommer att fortgå under kommande år.

Projektet med säkrare informationsöverföring mellan personal inom och utom verksamheten med hjälp av kommunikationsverktyget SBAR kommer att fortgå.

Behandla de eventuella synpunkter som inkommer från patienter och anhöriga i enlighet med de reviderade rutinerna ”Sammanställning och analys av inkomna avvikelser.”