



Patientsäkerhetsberättelse

St Anna

2019

Datum och ansvarig för innehållet

Hanna Nyberg
verksamhetschef
2020-02-18

Innehåll

AO	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Händelser och vårdskador	15
Riskanalys	15
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Vi är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Målen för 2018 som presenterades i förra årets patientsäkerhetsberättelse, samt uppföljningen av dessa, följer i tabellform. De mål som inte uppnåtts ska föras över till nästkommande år. Även dessa presenteras nedan.

<i>Målsättning</i>	<i>Resultat</i>	<i>Åtgärd</i>
Förbättra enhetens arbete med Senior Alert	Samtliga boende på St Anna under 2019 är registrerade i Senior Alert och följs upp kontinuerligt	Ingen åtgärd nödvändig. Mål uppnått
Stark och kompetent sjuksköterskegrupp i A&O Nyköping	A&O Nyköping har rekryterat fyra nya sjuksköterskor till våra enheter under året och har nu fem ytterst kompetenta sjuksköterskor	Ingen åtgärd nödvändig. Mål uppnått
Tydliggöra verksamhetens kvalitetsarbete	Varje månad utom juli och augusti hålls kvalitetsråd. Under året har dessa möten fått en ännu bättre struktur och arbetat kommer att fortsätta	Ingen åtgärd, mål uppnått
Viktigt att hålla god kommunikation i verksamhetens ledningsgrupp för att ha en enad linje i förändringsarbeten och kvalitetshöjande insatser	God struktur på ledningsmöten under hösten	Ledningsmöten varje månad
Komma igång med BPSD-arbete. Samtliga medarbetare ska utbildas under året	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning ska förläggas till våren 2020. Silviacertifierad demenssjuksköterska på Björkgården kommer att hålla i utbildningen

Viktigaste åtgärderna vidtagna i år listas nedan i punktform

- Stort arbete med Senior Alert, riskbedömningar gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa.
- Registreringar i Palliativa registret enligt gällande riktlinjer
- Förbättrade kunskaper om munhälsa genom utbildning av samtlig omvårdnadspersonal
- Påbörjat förbättring med anhörigstödsarbete, nytt material har tagits fram av anhörigstödjare och ansvarig chef
- Välplanerade sjuksköterskemöten varje månad
- Kvalitetsråd med genomgång av avvikelser och åtgärdsplaner för dessa

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- God struktur på hälsokonferenser
- Fortsatt god struktur gällande ombudsmöten inklusive kvalitetsråd
- Bättre fördelning av kompetens efter omorganisation av St Anna Flora
- Mer stabila arbetsgrupper såväl natt som dag

Målsättning för patientsäkerhetsarbetet 2020

- Samtliga boende med behov ska ha en vårdplan för inkontinenshjälpmedel
- God och säker vård i livets slutskede

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

För att på ett kvalitetssäkert och systematiskt sätt kunna planera, initiera, genomföra, följa upp och utvärdera patientsäkerhetsarbetet har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (OAS) tillsammans med verksamhetsansvarig chef (VC) månatliga ledningsmöten där HSL-frågor är en stående punkt. Vi diskuterar arbetet med kvalitetsregister, nolltolerans, eventuella behov av åtgärder för specifik boende och/eller avdelning.

När det gäller patientsäkerhetsarbete och ökad vårdkvalitet kan arbetet aldrig bli färdigställt, dock kan vi nå delmål i vår strävan att förbättra. Våra målsättningar från föregående år kommer därför att kvarstå till största del, inte för att vi har misslyckats att nå högre kvalitet utan för att vi anser att vi kan nå ännu högre med de förutsättningar vi har i dagsläget.

Organisation och ansvar

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

A&O Ansvar och Omsorg AB driver sedan 2009 St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

Verksamheten har en övergripande verksamhetschef som innehar såväl arbetsmiljöansvar som patientsäkerhetsansvar på St Anna. Yttersta HSL-ansvar från IVO innehar verksamhetschef som även är utbildad sjuksköterska. Delar av HSL-ansvaret är dock delegerat till verksamhetens sjuksköterskor.

Förutom verksamhetschef finns på St Anna en samordnare som arbetar heltid samt två heltidsanställda sjuksköterskor. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Verksamhetschef, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna.

Varje månad har verksamheten kvalitetsråd och där går vi igenom patientsäkerhetsarbetet och andra kvalitetsrelaterade punkter. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt verksamhetschef med. Nytt för 2020 är att även paramedicinsk personal deltar.

Verksamhetschef fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för

patientsäkerhetsarbetet och att arbetet följs upp kontinuerligt. Detta förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O. Här finns tydlighet, målsättning, uppföljning samt utvärdering. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplan.

OAS är ytterst ansvariga för arbetet med vårdhygien och kunskaper gällande smittskydd.

Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Bagaregatan där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare. Verksamheten har tät kontakt med samtliga, beroende på vad som avses. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Allt material ses över och kvalitetsansvarig ansvarar för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

I verksamheten tar vi minst en gång per år upp både lex Maria och lex Sarah till diskussion. Bland annat genom att tydligt gå igenom rutinen för dessa men även läsa upp avpersonifierade utredningar av händelser på andra verksamheter. Vi diskuterar sedan om något liknande skulle kunna uppstå hos oss. Detta har visat sig vara en bra strategi för att väcka eftertanke.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Under 2019 påbörjade vi ett bra arbete gällande anhörigstöd. Utbildade anhörigstödjare finns, en på Flora och en på Freja. De har under hösten arbetat fram ett tydligt och informativt material som vi använder vid inflyttning till boendet. Materialet är 9 sidor och bifogas för kännedom. Vi har ännu inte fått feedback på detta men det är en av diskussionspunkterna till vårens anhörigträff.

Varje vår och höst bjuds anhöriga in till verksamheten, så skedde även 2019. Båda träffarna var mycket trevliga och flera givande diskussioner hölls. Bland annat diskuterade vi det låga deltagandet i Socialstyrelsens brukarundersökning och resultatet av det enda mätbara resultat vi fick, nämligen Freja.

Samtliga anhöriga till boende som vårdats i livets slut och har erbjudits brytpunktssamtal, dock ej i de fall där boende hastigt insjuknat för att senare avlida på sjukhus eller avlidit hastigt på boendet.

Vi uppmuntrar alltid till konstruktiv kritik och uppmanar anhöriga såväl som boende att använda vår blankett 'hjälp oss att bli bättre'. Varje månad är synpunkter och/eller klagomål en stående punkt på kvalitetsråd, allt i enlighet med vår strävan att förbättra.

Samtliga boende på St Anna bjuds fyra gånger årligen in till något vi kallar boenderåd. Här har boende möjlighet att uttrycka önskemål gällande exempelvis kost och aktiviteter, synpunkter om städning och annat som kan komma upp. Vi har förlagt dessa boenderåd innan kostrådsmöte och aktivitetsombudsmöte för att kunna diskutera samtliga punkter som uppkommit inom dessa områden.

A&O har, utöver Socialstyrelsens brukarenkät, en egen boendeenkät som

skickas ut under hösten. Dessa går endast ut till säboavdelningar, i St Annas fall 20 boende. 2019 svarade 13 personer på denna enkät, ett deltagartal på 65% vilket är högre än deltagandet i Socialstyrelsens enkät för året.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till OAS och VC. Alla händelser ska registreras i Procapitas avvikelsemodul. En utredning startar, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs av VC och skickas oidentifierad till kvalitetsansvarig. Sedan sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av VC vid inledande av en utredning.

Utredningen följer en mycket tydlig rutin som finns tillgänglig i vår digitala rutinhandbok.

Under 2019 gjorde en (1) lex Mariautredning. Åtgärder för denna händelse är vidtagna och uppföljning har skett.

Klagomål och synpunkter

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

A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2019 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av VC som dokumenterar och för in i Stratsys. En stående punkt på varje kvalitetsråd är just detta och vi diskuterar hur vi ska förbättra oss. VC ansvarar för att återkoppla till de som lämnat synpunkter, oavsett om det är en anhörig eller en boende.

Egenkontroll

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

<i>Egenkontroll</i>	<i>Omfattning</i>	<i>Tillvägagångssätt</i>
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion såsom Calicivirus konsulteras MAS vid osäkerhet. Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner
Basala hygienrutiner och klädregler	5 gånger per år	Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner Vi genomför 2 hygiensjälvskattningar per år och 2 hygienobservationer
Avvikelser	Genomgång 10 gånger årligen	Följs upp månad för månad i Procapita och diskuteras på hälsokonferens, kvalitetsråd och/eller sjuksköterskemöte.
Trycksår, undernäring och fallrisk	2 gånger per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år samt kontinuerligt vid inkomna åsikter	VC ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller hela verksamheten.
Journalgranskning	4 gånger per år	MAS begär in journalgranskning enligt riktlinje fyra gånger årligen Internrevisorer granskar journal årligen
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	A&O:s internrevision gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten
Narkotikaklassade preparat	Månatligen	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Målsättning	Resultat från tidigare år	Aktivitet för att uppnå samt göra resultat mätbart
Hög kvalitet på vård och omsorg med hög nöjdhet hos boende hos A&O.	Vi har under flera år legat på en bra nivå, dock ej över rikets snitt	Socialstyrelsens brukarenkät, ligga över rikets snitt på samtliga punkter A&O:s årliga brukarenkät Boenderåd fyra gånger under året God samverkan med
God samverkan med anhöriga	Under 2019 har arbetet från anhörigstödjare förbättrats, nytt material för välkomstsamtal har tagits fram och anhörigträffar och informationsbrev har haft god kontinuitet	Engagerade anhörigstödjare Kontinuerliga informationsbrev samt träffar för anhöriga God struktur på välkomstsamtal samt uppföljning av dessa Anhöriga involverade i genomförandeplaner i högre utsträckning
God hantering av avvikelser	Bra struktur på månatliga kvalitetsråd finns idag, nu kommer paramedicinsk personal också att delta vilket adderar till ytterligare två professioner	Samtliga avvikelser över varje månad och åtgärder vidtas där behov finns
Gott samarbete med paramedicinska professioner för att skapa bättre och bredare bedömningar	Hälsokonferenser	Paramedicinsk personal ska delta i månatliga kvalitetsråd Fortsatt utveckling av kvaliteten på hälsokonferenser
Förbättrat palliativt arbete	Det palliativa arbetet på St Anna är bra men behöver förbättras med anledning av stor personalomsättning	Verksamheten har satt två huvudsakliga HSL-mål för 2020 där förbättrat palliativt arbete är ett. Bättre kunskaper om palliativt vårdande och vårdpersonals delaktighet Diverse utbildningsinsatser under 2020. Kompetensutvecklingsplan för HSL bifogas

God och säker vårdhygien	Inget aktivt arbete med att förbättra basala hygienrutiner har gjorts	Självskattning Hygienobservationer Webbutbildning
Ökade kunskaper inom demensvård	Viss personal har fått utbildning under året med fokus på bemötande och förhållningssätt vid demenssjukdom. Många som arbetet en längre period har fått flertalet utbildningar inom området. Behov att ökade kunskaper finns och vårt arbete med BPSD är näst intill obefintligt i dagsläget	Utbilda samtlig personal i BPSD
Ökade kunskaper inom inkontinenshjälpmedel	Inkontinenshjälpmedel förskrivs på person idag men få har en individuell vårdplan	Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel Uppföljning av vidtagna åtgärder och måluppfyllelse Utbildning från TENA för samtlig omvårdnadspersonal samt ssk
Ökade kunskaper inom demensvård	Viss personal har fått utbildning under året med fokus på bemötande och förhållningssätt vid demenssjukdom. Många som arbetet en längre period har fått flertalet utbildningar inom området. Behov att ökade kunskaper finns och vårt arbete med BPSD är näst intill obefintligt i dagsläget	Utbilda omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i BPSD
Minska nattfastan	Korta nattfastan och minska ofrivillig viktnedgång. Implementera ny rutin för att minska nattfastan	Implementera ny rutin för kvällsmål samt arbeta tydligt med genomförandeplaner

Risikanalyt

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Vi har en tydlig rutin för hur verksamhetens ska arbeta med att analysera risker. Analyserna läggs in i Stratsys och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner, dessa upprättas av verksamhetschef eller, vid behov, av St Annas ledningsgrupp.

Risikanalyser sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på riskanalys som sker årligen är smittspridning och under rubrik Resultat och analys finns exempel på riskanalys som gjorts under året.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

En händelse har lett till en lex Mariautredning under året. Händelsen är utredd enligt gällande rutin.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (t ex förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om hen själv har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort, tejpas över eller stryks över med svart.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling

-
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
 - Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
 - Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT

Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

Område	Antal inkomna avvikelser 2019	Antal som utretts	Antal allvarliga* avvikelser	Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna avvikelser.
Hjälpmedel	18		0	75% avser ej utförda ordinerade insatser av Sg, resterande 25% felaktigt handhavande av hjälpmedel förskrivna på person.
Omvårdnad /tillsyn	149	1	1	65% gäller larm där ca hälften är felanvändning av rörelselarm (ej påslagna, felvända etc) och andra hälften är felaktigt larmsystem i stor (larm som ej går att kvittera, trasiga enheter, larm som ej kommer fram) Resterande är sänggrindar som ej är ordinerade och ändå uppe, blöt och felbäddade sängar, sängar i upphissat läge)
Läkemedel	173	1	1	70% är utebliven dos. 15% ej signatur på lista 2% förväxling läkemedel 8% fel tidpunkt 2% fel administreringsätt 5% fel dos 70% av läkemedelsavvikelserna har skett på Flora, resterande 30% på Freja. Vi ser en markant nedgång efter omorganisationen på Flora Samtliga avvikelser tas upp till diskussion
Fall	260			I stort sett lika många fallavvikelser på både Flora och Freja. Forum för att diskutera dessa är hälsokonferenser. Samtliga boende är bedömda enligt Senior Alert och alla fallavvikelser är registrerade både i Procapita och i Senior Alert.

Dokumentation information				Inga avvikelser
It				Inga avvikelser
Övrigt: (fyll i nedan)				
Utebliven insats SoL	3			Uteblivna aktiviteter.

<i>Antal avlidna 2019</i>	<i>Flora</i>	<i>Freja</i>	<i>Antal registrerade i Palliativa registret</i>	<i>Avlidna på sjukhus</i>	<i>Ej registrerade enl rutin</i>
	8	7	11	2	2

Klagomål och synpunkter

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2019</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/klagomål inom området.</i>
Omvårdnad	1		0	Synpunkt gällde rakning som inte utfördes, detta är taget med hela personalgruppen
Bemötande	7		0	Flera synpunkter har gällt kontaktmannskapet på fram för allt Flora där det varit gungigt i personalgrupperna och hög omsättning på personal. Man har ansett att många inte tar sitt ansvar som kontaktperson. Detta har vi haft uppe till samtal på alla kvalitetsråd samt APT och även infört reflektionsstunder dagligen
HSL	2		0	Anhöriga var missnöjda med bedömning av ssk och valde att själv ringa ambulans. Konsultation med MAS, korrekt bedömning gjord av ssk En boende är missnöjd med att tiderna för medicindelning varierar.
Mat	1		0	En boende önskar mer fisk och tycker att maten som serveras idag är dålig, köttet är torrt och fisken likaså. Hon anser även att det serveras alldeles för lite färska grönsaker och för mycket kokta.
Städning	4		0	Anhöriga anser att städrutiner inte fungerar. Detta har blivit bättre efter omorganisation (Klagomål kommer från anhöriga till boende på Flora). 75% inkom under semestertider

Information	1+3		0	Anhöriga anser att de inte får återkoppling via mail inom rimlig tid. Vi har lyft detta och anser att vi faktiskt visst svarar inom rimlig tid då omv.personal inte alltid är i tjänst.
-------------	-----	--	---	---

Händelser och vårdskador

Under året har en lex Mariautredning gjorts. Denna är delgiven uppdragsgivare och är arkiverad enligt gällande riktlinjer.

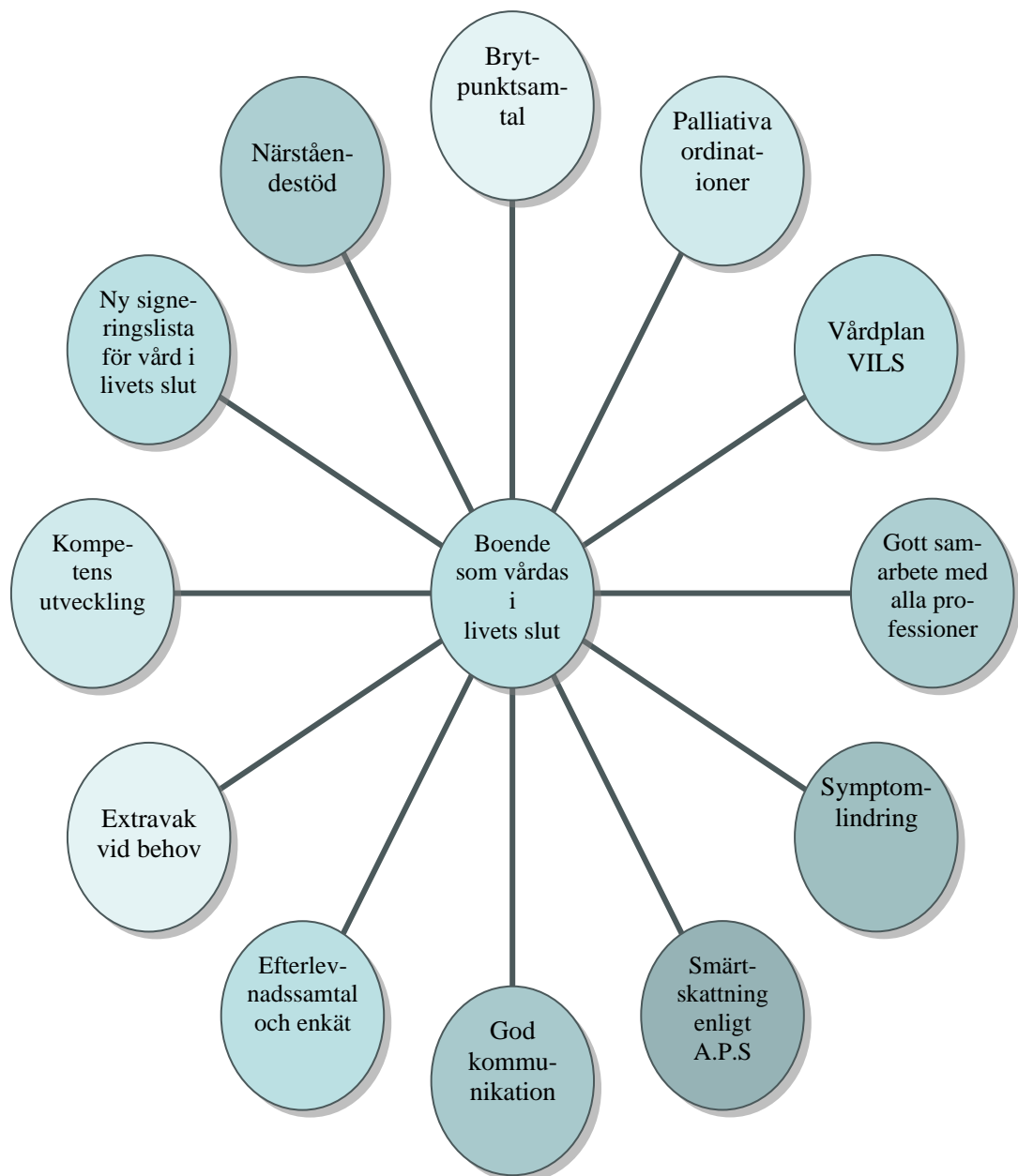
Risikanalyser

Nedan följer tre exempel ur befintliga riskanalyser som gjorts i verksamheten med fokus på patientsäkerhetsarbete.

Område och aktivitet	Risk	Allvarlighetsgrad 4= Kritiskt 3= Betydande 2= Måttlig 1= Mindre	Sannolikhet 4= Mkt stor 3= Stor 2= Liten 1= Mkt liten	Åtgärd	Resultat
Smitta: Droppsmitta i allmänna utrymmen	Ex kräkning, hostning, harkling i allmänna utrymmen	3	3	Svårt att åtgärda. Följa gällande städru-tiner	Har förekommit, smitta har kunnat stoppas
SSK: Bemannning av ssk under sommar	Risk att boende kan få vänta längre på bedömningar och sjuksköterskeinsatser	3	3	Prioriteringar efter ökad arbetsbelastning. Information till boende, närstående inför semesterperiod	God prioritering under sommar 2019. Gott samarbete överlag hos SSK
Medarbetare: Introduktion	Risk att ny personal inte får ordentlig introduktion vid arbetsstart	2	2	Alla nyanställda ska introduceras av erfaren personal. Checklista ska användas	Bra och tydlig rutin vid inskolning som har fungerat väl

Mål och strategier för kommande år

Vi har alltid som mål att sätta varje individs samtliga behov i fokus. Verksamhetens mål för kommande år är fokusera på att förbättra och utveckla våra kunskaper inom palliativ vård hos äldre. Se illustration nedan. Vidare ämnar vi arbeta med att minska våra läkemedelsavvikelser drastiskt samt säkerställa att alla boende med inkontinens har en vårdplan och ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.



-
- Minska antalet läkemedelsavvikelser avseende utebliven dos och signering med 50% jämfört med föregående år. Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument ska vi arbeta aktivt för att minska antalet boende som inte får ordinerade läkemedel
 - Under mars, april och maj 2020 kommer ett tätt samarbete med TENA att ske. Målsättningen är att alla boende med behov av inkontinenshjälpmedel ska ha en vårdplan och en åtgärd senast sista april 2020. Läckagemätningar, utprovning och uppföljning kommer att ske inom ovanstående tidsram
 - Samtliga boende som avlider på boendet ska registreras i Palliativa registret. Under 2019 har två registreringar missats från DB Freja. Kontinuerlig kontroll av registreringar kommer att ske i samband med ledningsmöten månatligen