



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

200303

Eva Ingstrand enhetschef

Igor Vasin bitr.enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS	15
Egenkontroll.....	15
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Händelser och vårdskador	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Riskanalys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

- Under 2019 har ett stort fokusområde gällande hälso- och sjukvården varit att utveckla dokumentationen i patientjournalerna utifrån dokumentationsmodellen ICF och genomföra verksamhetsegna kontroller av dokumentationen.
- Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontrollen, händelserapportering, dokumentationsgranskning, brukarundersökning, verksamhetsuppföljning av SDF, kvalitetsgranskning från Apoteket AB, farmacikonsult (maj-2019), inspektion från livsmedelsverket/miljöförvaltningen, barnskyddsmyndighet
- Arbetet med att förbättra hygienrutinerna har fortsatt under 2019
- Kvalitetskontroll vid montering av Guldmanns skensystem hade skett under maj-juni 2018, görs vart annat år.
- Brister i följsamhet av lokala rutiner har noterats och åtgärdats gällande basala hygienrutiner.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna teammöten som leds av sjuksköterska.
- Ökad brukarnöjdhet, Socialstyrelsen 2019.
- Användning av Palliativa register.
- Användning av kvalitetsregister Senior Alert 2019.

Inledning

Övergripande mål och strategier

Kista vård och-omsorgsboende övergripande kvalitetsmål:

Säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt SoL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

För patientsäkerhetsarbetet gäller **Nollvisionen**, d v s noll vårdskador.

Kista vård och-omsorgsboende övergripande strategi:

Ett uthålligt, systematiskt kvalitetsarbete, med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör; i varje led, i varje situation, i varje relation.

Kista vård och-omsorgsboende övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

Minska vårdrelaterade skador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. uppnås genom att ha tydliga rutiner och policys.

Organisation och ansvar

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

Kista vård- och omsorgsboende har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vårdskada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Kommunens MAS och MAR

har ansvaret enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 24* vilket bl.a. innebär att MAS utreder alla händelser som har lett till eller kunde ha lett till en vårdskada (Lex Maria). MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Enhetschef / Bitr. enhetschef

har ansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29a och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policys, att uppföljningar görs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Enhetschef/ Bitr. enhetschef ansvarar också för att det finns mätbara Hsl-mål och att målen nås.

Sjuksköterskan

har ett omvårdnadsansvar för upp till 21 boende och befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbetsterapeut och Fysioterapeut

har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för fysioterapeut och arbetsterapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

En stor uppgift för all hälso- och sjukvårdspersonal är att:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

Kommunens MAS och MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker med läkarorganisation – Legevisitten. Uppföljning av arbetssätt, gemensamma rutiner och avvikelser, samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.

Samverkan med La Romain, Frisk mun för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning vart annat år.

Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, avdelningsmöten och ledningsgruppsmöten. Samarbeta med dietist och logoped.

Överenskommelse finns med Klara T. Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska nattetid (21.00 - 07.30, måndag-söndag)

Samverkan sker med beställarenheten, i huvudsak Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning – verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning en gång per år.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det är ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder. *Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.*

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten *Synpunkter/klagomål*. Där skriver man ner

- Vad klagomålet gäller
- Orsak
- Vidtagna direkta åtgärder för att sedan överlämna ärendet till Enhetschef/Bitr. enhetschef

Enhetschef/Bitr. enhetschef tar kontakt med den person som framfört synpunkten/klagomålet inom 24 timmar. Vid helg sker detta första vardagen efter helg. Vid kontakt görs en

- Överenskommelse om vilka åtgärder som kan och ska vidtas
- Datum för uppföljning
- Synpunkter / klagomål ska registreras med diarienummer

All dokumentation sparas i pärm för klagomål hos Enhetschef.

Berörd chef ansvarar för att berörd personal får information om en eventuell överenskommelse.

Kontaktmannen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Sol- dokumentationen (uppdatering av genomförandeplan sker parallellt).

Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

Om det inte är möjligt att lösa frågorna/problemen inom enheten, ska vederbörande chef hänvisa till någon av följande (beroende på ärende):

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Med avvikelse menar vi allt som avviker från våra rutiner, kvalitetspolicy och intentioner samt skada på person, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från brukare, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närstående kontakter o.s.v.

En lokal rutin angående Lex Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig.

Anmälan till IVO ska göras av den (MAS/MAR) som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten på blanketten, som finns på IVOs webbplats www.ivo.se. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2019 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Mariaanmälan.

Det finns olika blanketter beroende på avvikelserns art.

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till enhetschef/Bitr.enhetschef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser åtgärdas direkt och skrivs in i Vodok.

Hälso- och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen.

-
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal (Vodok).
 - Enhetschef / Bitr. enhetschef snarast kontaktas om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada.
 - Närvara på kallade kvalitetsråd/möten.
 - Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna.
 - Vid fall samt utebliven medicinerings informera läkare.
 - Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av Enhetschef/Bitr. enhetschef, sjuksköterska, rehabpersonal och kvalitetsombud (en person från varje avdelning). Varje enskild avvikelse nämns på kvalitetsrådet.

Alla avvikelser med åtgärder går igenom på avdelningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelsen.

En händelseanalys ska alltid göras:

- Då en händelse inträffat som skulle kunna ha gett katastrofala eller allvarliga följder
- Då risken för upprepning av händelsen är mycket stor
- Vid alla Lex Maria- och Lex Sarah-anmälningar
- Vid alla särskilda händelser.

Analysen ska svara på frågorna:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Hur kan vi undvika att det händer igen?

Enhetschef är den person som ger t.ex. Bitr. enhetschef, eller annan lämplig person i uppgift att bilda ett analysteam och genomföra en händelseanalys. Analysteamet påbörjar analysarbetet i snar anslutning till den inträffade händelsen.

Händelseanalysen genomförs vanligen i 6 olika steg:

1. Uppdrag ges av Enhetschef att analys ska göras då en allvarlig händelse inträffat eller kunde ha inträffat.
2. Insamling av fakta och data. Detta kan ske genom intervjuer av involverade/berörda medarbetare, journalgranskning, finns rutiner för hur händelsen skulle ha handlagts mm?
3. Beskrivning av händelseförlopp
4. Identifiering av orsaker och analys av eventuella barriärer/skydd. Fanns barriärer/skydd för att händelsen skulle inträffa och vad var anledningen till att barriären/skyddet brast?
5. Ta fram åtgärdsförslag. Hur ska man arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen. Vad behöver förbättras i arbetssättet? Vilka åtgärder behöver vidtas?
6. Ta fram slutrapport som lämnas till enhetschef.

Utförande analys upprättar analysteamet ett åtgärdsförslag.

Åtgärderna ska rikta sig mot:

- De bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas
- Enhetschef ansvarar för att fatta beslut angående vilka åtgärder som skall vidtas och när de skall vara genomförda samt utse person som är ansvarig för att åtgärderna genomförs
- Vid bedömning av vilka åtgärder som verksamheten bör arbeta med upprättas en riskanalys enligt mall
- Uppföljning av åtgärderna bör ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

Förutom rutinerna i avvikelshantering där både risk- och händelseanalys ingår finns det andra rapporterings möjligheter. Vi har rutiner kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På våra arbetsplatsträffar tar vi alltid upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen.

Årligen skickas en medarbetarenkät ut till alla anställda som en del i att undersöka och åtgärda eventuella brister i arbetsmiljön.

Klagomål och synpunkter

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

Enhetschefen sammanställer avvikelserna och tar upp dem på kvalitetsrådet en gång per månad. Vid årets slut sammanställs det systematiskt i kategorier.

Ett klagomål har inkommit under 2019 gällande Utförande samt Annat (mat). Ärendet är utrett, analyserat och har återkopplats till den som framförde klagomålet.

Egenkontroll

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

Genomföra egenkontroller 2019

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Självskattning
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser, patients klagomål och synpunkter	11 ggr/per år	Kvalitetsrådsmöte/Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	Kvalitetsindikator
Granskning av genomförandeplaner och hälso- och sjukvårdsjournaler	2 gånger per år	Bitr. enhetschef
Löpande Sol-dokumentation	Veckovis	Bitr. enhetschef
Läkemedelshantering	En gång per år	HSL-ansvarig chef/ Apoteket
Läkemedelsdelegering	En gång per år	HSL-ansvarig/ Biträdande enhetschef
Medicinsktekniska produkter	Årligen	HSL-ansvarig/ Biträdande enhetschef
Livsmedelshantering	En gång per år.	Enhetschef / Livsmedelsverket

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamheten har kontinuerligt kvalitetsråd, uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Regelbundna utvärderingar av vårt arbete sker med externa samarbetspartner så som Legevisitten, Klara T, La Romain, Friskmun, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Tillsammans med dokumentationssystemet VODOK har det varit en utomordentligt stor utmaning. Vi har regelbundet dokumentationsstöd som Stockholm Stad har anordnat i VODOK.

Sjuksköterskorna arbetar med att hålla delegeringar för bland annat läkemedelsadministrering aktuella och fråntagit delegering för de medarbetare som inte klarat av uppdraget.

Alla medarbetare har uppmanats att gå webbutbildningar. För patient-säkerheten har det varit Basala hygienrutiner, Demens ABC och ABC+, samt Jobba säkert med läkemedel. Webbutbildning i Yrkessvenska speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg. Språkom-buds utbildning.

Hygiensjuksköterska har varit och föreläst om vårdhygien.

Verksamheten har registrerats i Svenska palliativa register och Senior Alert.

Livsmedelsverket har varit på en granskning.

Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts. Synpunkter från framförallt närstående har framförts på olika sätt till cheferna och följts upp så fort som möjligt både via mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg budbäraren önskat få återkoppling.

Värderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete. Vi väljer ett kort ur värdeleken. Kortet presenteras på den morgonrapport som äger rum kl. 08.15 måndag-fredag där alla avdelningar och arbetsgrupper är representerade. Vi diskuterar konkreta exempel kopplat till värdekortet.

Kvalitetsgranskning från Apotek Hjärtat har genomförts 2019.

Årlig verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kista Stadsdelsförvaltning.

Riskanalys

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

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En riskanalys kan göras på verksamhetsnivå, organisatorisk nivå och individuell nivå. Några exempel är:

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter

Väsentlighet- och riskanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs. Den process som analysen gäller beskrivs genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken. En internkontrollplan upprättas på enhetsnivå. Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Alla åtgärderna ska:

- Riktas mot de bakomliggande orsakerna
- Vara konkreta och realistiska
- Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas.

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med enhetschef, eventuellt i samråd med andra arbetsgrupper, beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

Genomförda riskanalyser:

- Strömavbrott: Alla enheter har fått en låda med viktigt material vid strömavbrott så som ficklampor, extra batterier, reflexvästar och pannlampor.
- Hantering av luftmadrasser vid strömavbrott: Sjuksköterskor har undervisat personalen.
- Att boende får tillgång till rehab-personal under sommaren: Samarbete och planering av personal gjordes tillsammans med Kista servicehus under sommaren.
- Nattbemanning: Nattpersonalens schema gjordes om för att öka kontinuiteten och på så sätt patientsäkerheten nattetid.
- Personalkontinuitet dagtid: Scheman har gjorts om, flera anställda har fått högre tjänstgöringsgrader för att på så sätt minska antalet timanställda

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har en Lex Sarah anmälan gjorts. Anmälan avsåg en boende som är halvsidigt förlamad och har också en kontrafraktur i höger arm. Hon har alltid strumpor på sig vilket döljer rodnad och svullnad. När personalen skulle hjälpa den boende till frukosten upptäcktes att hon hade smärtor i benet, något som inte observerats tidigare. Hon får smärtstillande injektion och överförs till sjukhus för behandling. När hon återkommer till boendet har fått ena foten gipsad. Med anledning av det inträffande sammankallades personalen omgående till ett avdelningsmöte för genomgång av händelsen. Det betonades vikten av att dagligen observera de boende som i vanligt fall har kläder på sig inte bytes varje dag. Vidare har individuellt samtal förts med samtlig personal som hjälpt den boende under den aktuella tiden. De tillsynsrutiner som finns har förbättrats på så sätt att personalen vid tjänstgöringspassets början ska besöka den boende för att kontrollera att alla mår bra. Enhetschef och biträdande enhetschef har samtalat med personalen om vikten av en öppen kommunikation och att alltid rapportera händelser. Kopian skickades till kommunens MAS.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Risikanalys som har gjorts är kring informationsöverföring mellan dag/kväll och natt. Rutiner har förnyats och rapportlistor har tagits fram för en ökad säkerhet.

En gång/månad av enhetschef samt biträdande enhetschef HSL
Vid loggkontrollen ska "Sekretess" kontrolleras (att endast behöriga användare kommer åt informationen) samt "Spårbarhet" (att det syns vem som gjort anteckningen)

Hälso- och sjukvårdspersonal har fått skriftlig information om kontroll och uppföljning av loggen samt undertecknat en bekräftelse på att han/hon tagit del av informationen. Information ges på HSL-möte under januari månad.

- Loggrapport dras ut från Gem i Vodok och jämförs mot tjänstgöringslista
 - Resultatet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen
 - C:a 9 journaler granskas varje månad på vård- och omsorgsboendet
 - Urval görs slumpmässigt. Varje granskad journal markeras på avsedd lista så att inte samma journal kontrolleras mer än 1 ggn/år
 - Under april samt oktober månad granskas även HSL-personalen
 - Granskningen dokumenteras och analyseras i Loggrapport
- Parametrar som granskas är:

-
- till en viss patients uppgifter
 - som en viss anställd har utfört
 - som skett många gånger avseende en viss patient
 - på avvikande tider på dygnet

Under december månad skickas årets loggkontroller till MAS

HSL journalföring har granskats två gånger av biträdande enhetschef/HSL-ansvarig chef

Enligt egenkontrolls mall visar det sig c:a 91% insatser är redovisade. Granskades slumpmässigt 10st HSL – journalen av 5 olika ordinarie sjuksköterskor där sjuksköterska har inget sitt eget omvårdnadsansvar. Där resultatet som är mindre bra med 82 och 86 % kan beror på att OAS har inte prioriterat vikt av dokumentation

Åtgärderna som genomfördes:

Tas upp individuellt med respektive OAS samt gemensamt på ssk-möte.

OAS går igenom egen dokumentation/journaler och åtgärder brister i dokumentationen.

OAS rapporterar till ansvarig chef för HSL när bristerna i dokumentationen är åtgärdad.

Dokumentationen är stående punkt på ssk-möte.

Vi har regelbundet möte för återkoppling/undervisning med dokumentationsstödjare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Klagomål

Risikanalyser

Höändleser-vårdskador

Egenkontroll

Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2020	Föreläsning av hygiensjuksköterska	Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner	Verksamheten arbetar på ett bra sätt för god kunskap hos personalen
Läkemedelsavvikelse		Lokala rutiner ska följas upp. Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan	49 st Servicehuset: 5 st	En bättre uppföljning av sjuksköterskorna med personalen
Trycksår		Undervisning av ssk	16 st	Personalen behöver mer kunskaper
Fall		Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.	Fall totalt - 76 Fall som lett till höftfraktur - 3 Fall som lett till annan fraktur - 2 Servicehuset: 98	All personal hann inte gå utbildning i förflyttningsteknik. Det kommer ske under 2020. Utveckla arbetet med förebyggande riskanalyser
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Alla kontroller är gjorda	Goda rutiner finns

Mål och strategier för kommande år

Mål 2020	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska antal fall som leder till frakturer	Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.	Fall totalt - 76 Fall som lett till höftfraktur - 3 Fall som lett till annan fraktur - 2	2020
Minska antal läkemedelsavvikelse med 50 %	Fortsatt utveckling av det förebyggande arbetet	Lokala rutiner ska följas upp. Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan	Läkemedel - 49	2020
Minska antal trycksår med 50%	Fortsatt utveckling av det trycksår förebyggande arbetet	Åtgärd Information av ssk till personalen. Utbildning av personal från Convatec	Resultat Trycksår - 16	Analys 2020

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att:

- minska antalet fall på både demensavdelningarna och på de somatiska avdelningarna.
- minska antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2019.

Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.
Målet är även att förbättra HSL-dokumentationen 2020.