



Sotenäs kommun

# 2017-års Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare.

Datum och ansvarig för innehållet

2018 03 01

Pia Settergren

Medicinsk ansvarig sjuksköterska



## Övergripande mål och strategier

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och hög patientsäkerhet enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) och Patientsäkerhetslagen (PSL) upprätthålls. Varje patient ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med vården.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet möjliggör att varje medarbetare kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård ges.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar alla patienter som Sotenäs kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret för.

**Vårdgivaren** – Omsorgsnämnden (ON) är vårdgivare och ytterst ansvarig för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt HSL.

**Verksamhetschefen** ska enligt HSL svara för omsorgsförvaltningens personal. Verksamhetschefen ansvarar för att följa upp och analysera att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och kvalitet. Verksamhetschefen ansvarar för att vården och omsorgen bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har att, tillsammans med verksamhetschefen, bevaka att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i de kommunala verksamheterna. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar ansvaret genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS är, efter delegation från ON, ansvarig för att anmälan görs enligt Lex Maria om en person i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt. MAS ska också rapportera inträffade Lex Maria till ON och även återföra till verksamheterna.

I ansvaret ingår att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv, rutiner och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom hälso- och sjukvården har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten



## Enhetschef

Enhetschefen (EC) ansvarar för att lokala rutiner upprättas utifrån övergripande rutiner och att personalen har kännedom om rutiner och riktlinjer och att de efterlevs.

EC ansvarar också för att avvikelserapporter analyseras, åtgärdas och vid behov rapporteras vidare till MAS. Återkoppling av resultat till personalen.

EC ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal är hälso- och sjukvårdspersonal och de har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska bidra till att patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls. Avvikelse rapporter ska analyseras och rapporteras. Identifierade risker och negativa händelser rapporteras till MAS och/eller verksamhetschef.

## Baspersonal

Baspersonalen har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som gäller enligt HSL. De ska medverka i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet och rapportera risker och händelser/avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Rapporten går till patientansvarig sjuksköterska och enhetschef och vid aktualitet även till sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.

## Uppföljning, utvärdering, resultat

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vården och omsorgen ska vara av god kvalitet och ha god hygienisk standard. Vården ska också tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Hög patientsäkerhet ska upprätthållas. Verksamheten följs upp inom nedanstående områden för att på så sätt kunna svara upp mot ställda krav.

1. Avvikelsehantering
2. Nationella kvalitetsregister
3. Öppna jämförelser
4. Basala hygienrutiner
5. Läkemedelsgenomgångar
6. Tandvård och munhälsa
7. Delegering
8. Lex Maria
9. Patientnämnd
10. Samverkan andra vårdgivare
11. Samverkan med patient och närstående
12. Klagomål och synpunkter



## 1 Avvikelsehantering

I verksamheten registreras avvikelser gällande fall, läkemedel, trycksår, medicintekniska produkter och uteblivna insatser. Avvikelser hanteras i verksamheten där de uppstått genom att diskuteras på arbetsplatsträff (APT) i respektive enhet med regelbundenhet och analyseras med tanke på orsak och vilka åtgärder som bör vidtas. Vid allvarliga avvikelser görs en händelseanalys med eventuell efterföljande Lex Maria.

**Falltillbud och fallolyckor.** Alla falltillbud och fallskador rapporteras och registreras i dokumentationsprogrammet och skickas till patientansvarig sjuksköterska som vidtar eventuella åtgärder. Enhetschef får också rapporten för kännedom. De fall som orsakat skador rapporteras till MAS för vidare utredning och eventuell Lex Maria-anmälan. Årlig statistik tas fram och redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen och återrapporteras också till verksamheterna.

### Fall

Antalet fall under 2017 visar en ökning jämfört med 2016 och antalet skador har blivit fler. Procentuellt sett är antalet skador på samma nivå som 2016. Det är svårt att dra slutsatser av resultatet då det är mycket beroende på vilken diagnos patienten har. Vid benskörhet är det t ex lättare att få fraktur och vid demenssjukdom kanske det glöms bort att det finns svårigheter med att gå. Senior Alert är ett bra instrument som kontinuerligt och rätt använt upptäcker risker och hjälper till att på ett strukturerat sätt arbeta fall förebyggande.

ÅR	Fall	Skador	Tillbud	Höft frakturer	Annan fraktur	Sårskador	Annat
2017 skador 31%	819	252	567	5	1	17	229
2016 skador 31%	751	230	521	14	9	11	196
2015 skador 33%	503	166	337	9	3	11	143
2014 skador 36%	417	151	266	5	4	13	129
2013 skador 29%	522	155	367	3	5	68	79
2012 skador 25%	575	147	428	11	12	52	72



**Läkemedelsavvikelser.** Alla läkemedelsavvikelser ska registreras och rapporteras i dokumentationsprogrammet och följs upp av patientansvarig sjuksköterska. Vid uppkommen vårdskada utreder MAS händelsen och gör eventuell Lex Maria-anmälan. Årlig statistik förs på alla avvikelser och redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen och återrapporteras till verksamheterna.

ÅR	Utebliven dos	Fel dos	Fel tid	förväxlingar	annat	totalt
2017	336	7	1	7	22	373
2016	373	6	11	7	35	428
2015	356	12	21	12	50	451

Antalet registrerade avvikelser har minskat något, utebliven dos är den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse! Siffrorna ligger på ungefär samma nivå som 2016. Av avvikelserna är 90 % glömda läkemedel (utebliven dos) och det är tankeväckande. Vid stressig arbetssituation är det lätt att glömma bort att utföra läkemedelsgivning men också lätt att glömma bort att skriva en avvikelse. Erfarenheter från vårdgivare som infört digitala signeringslistor redovisar nästintill noll i antalet läkemedelsavvikelser. Digitala signeringslistor ökar möjligheten för personalen att jobba tryggt och säkert med läkemedelshanteringen och de minskar risken för våra patienter att bli felmedicinerade vilket höjer patientsäkerheten.

**Medicintekniska avvikelser.** Avvikelser registreras och rapporteras i dokumentationsprogrammet. Vid allvarlig händelse görs anmälan till Läkemedelsverket och till tillverkaren av produkten. Under 2017 har 3 avvikelser rapporterats rörande produktfel på rollatorer utan personskador.

## 2 Nationella kvalitetsregister

### Senior alert

Sotenäs kommun deltar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert som är ett register för att arbeta med riskbedömningar på ett systematiskt sätt. Riskbedömningar görs enligt registrets mallar för att hitta patienter med risk för fall, undernäring, trycksår och försämrad munhälsa. Riskbedömningen görs vid inskrivning i hemsjukvården och därefter vid behov dock minst en gång per år. Två team har utbildats i Senior alert. Varje team består av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, enhetschef, baspersonal. Den som är Kontaktperson för patienten ska göra riskbedömningarna och därefter förs uppgifterna in i registret. Visar det sig att patienten tillhör en riskgrupp så kallar kontaktpersonen till teamträff med legitimerad personal, kontaktperson och vid behov enhetschef.

Antal gjorda riskbedömningar 2017 är totalt i kommunen 98 fördelat på; Bankeberg 6 st, Hunnebohemmet 16st, Kvarnbershemmet 57st och i hemtjänsten 19st personer. Det är en stor ökning från föregående år vilket är glädjande men långt ifrån bra vi kan bli bättre.

### 2017 års resultat:

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sotenäs kommun	98	76% ↓ 85 av 112	71% ↑ 80 av 85	75% ↑ 64 av 85	50% ↑ 29 av 58	14 ↑ 11 personer	31 ↑ personer	130 ↑ 37 personer	25 ↑ personer
Bankeberg	6	57% ↑ 4 av 7	50% ↑ 2 av 4	25% ↓ 1 av 4	50% ↑ 1 av 2	0 → 0 personer	2 ↑ personer	0 → 0 personer	0 → personer
Hunnebohemmet	16	58% ↓ 11 av 19	27% ↓ 3 av 11	36% ↑ 4 av 11	100% ↑ 2 av 2	0 → 0 personer	2 ↓ personer	90 ↑ 15 personer	7 ↓ personer
Kvarnberget	57	83% ↓ 49 av 59	84% ↑ 41 av 49	88% ↑ 43 av 49	57% ↑ 21 av 37	8 ↓ 6 personer	16 ↑ personer	37 ↑ 19 personer	13 ↑ personer
Sotenäs Sotenäs Hemtjänst	19	78% ↑ 21 av 27	67% ↑ 14 av 21	76% ↑ 16 av 21	29% ↑ 5 av 17	6 ↑ 5 personer	11 ↑ personer	3 ↑ 3 personer	5 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %				
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %				
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

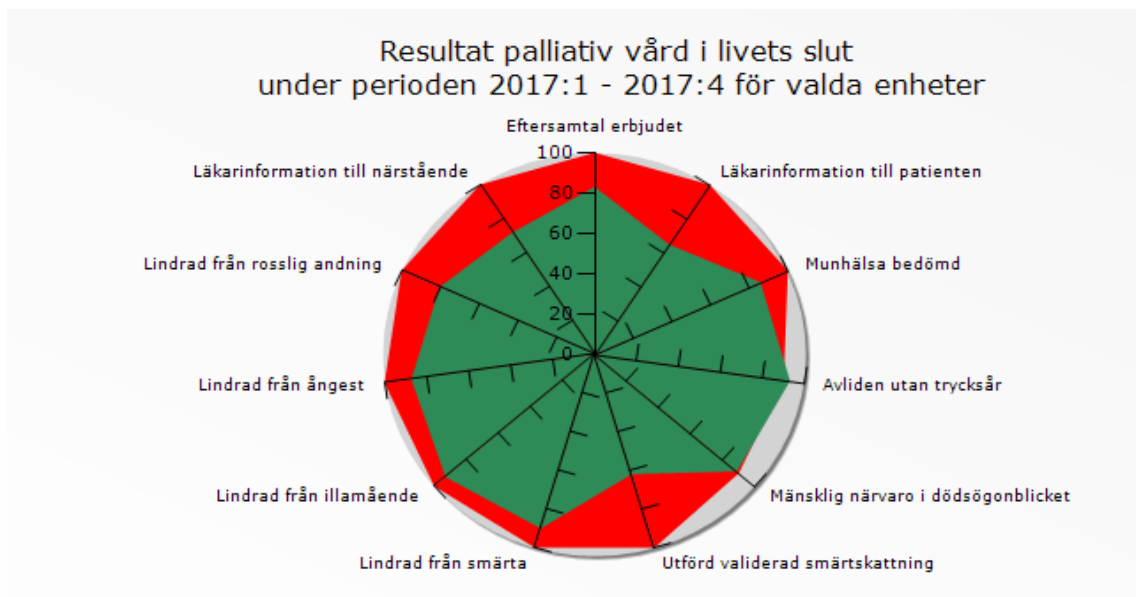
### 2016 års resultat:

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sotenäs kommun	75	80% → 71 av 89	10% ↓ 7 av 71	35% ↓ 25 av 71	36% ↓ 10 av 28	13 ↓ 8 personer	21 ↓ personer	46 ↑ 18 personer	23 ↓ personer
Bankeberg	4	50% ↓ 2 av 4	0% → 0 av 2	50% ↑ 1 av 2	0% → 0 av 0	0 → 0 personer	1 ↓ personer	0 → 0 personer	0 ↓ personer
Hunnebohemmet	32	80% ↓ 28 av 35	0% ↓ 0 av 28	0% ↓ 0 av 28	0% ↓ 0 av 1	0 ↓ 0 personer	6 ↓ personer	40 ↑ 11 personer	13 ↓ personer
Kvarnberget	25	88% ↑ 28 av 32	11% ↓ 3 av 28	68% ↑ 19 av 28	42% ↓ 10 av 24	11 ↓ 8 personer	9 ↓ personer	6 → 5 personer	7 ↓ personer
Sotenäs Sotenäs Hemtjänst	14	72% ↓ 13 av 18	31% ↑ 4 av 13	38% ↑ 5 av 13	0% ↓ 0 av 3	2 ↓ 2 personer	5 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	3 ↓ personer
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %				
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %				
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %				

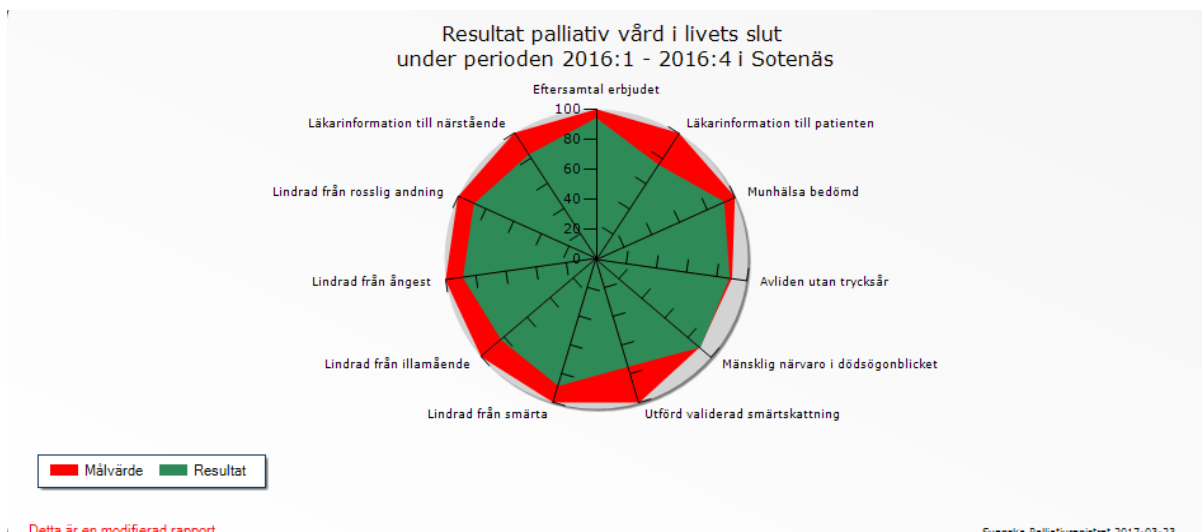
### Svenska Palliativregistret

Sotenäs kommun registrerar i Svenska Palliativregistret. Vid varje dödsfall sker en registrering av hur den allra sista tiden i livet har varit. Rapporter kan tas fram där vi ser hur kvaliteten på vården är och vad som kan förbättras.

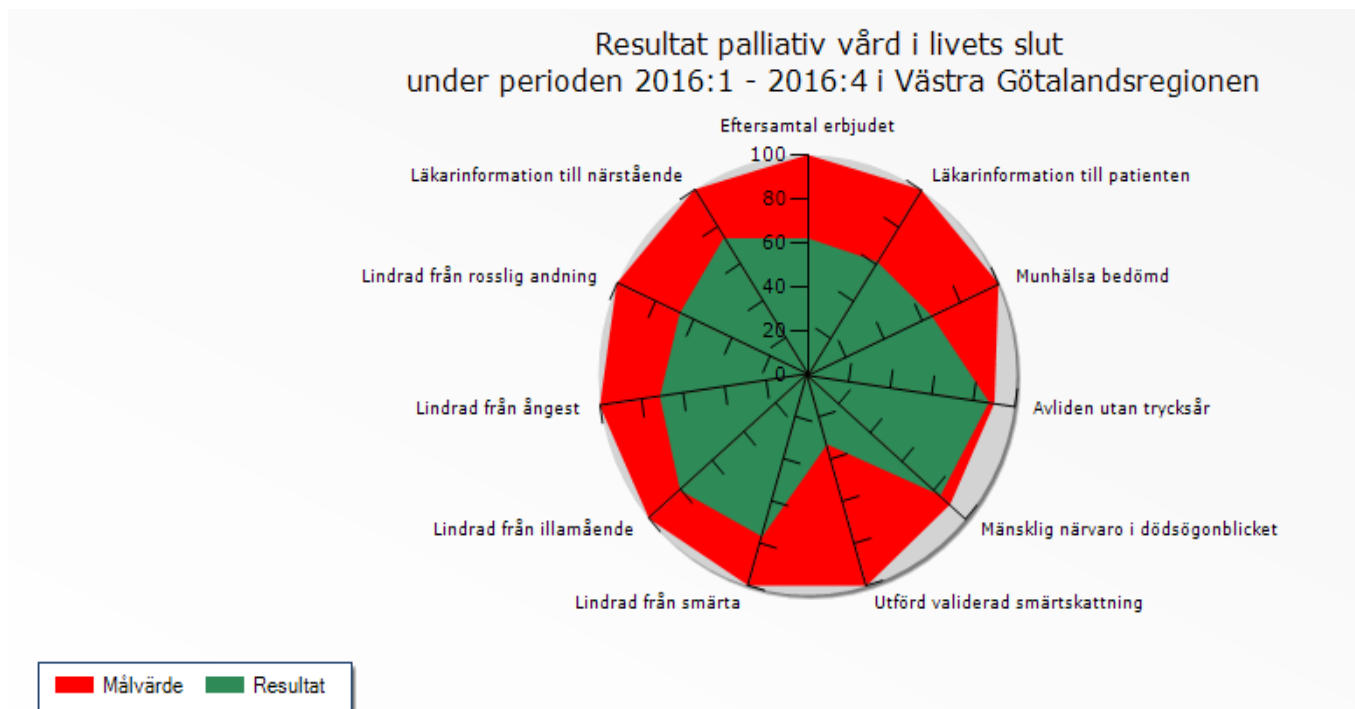
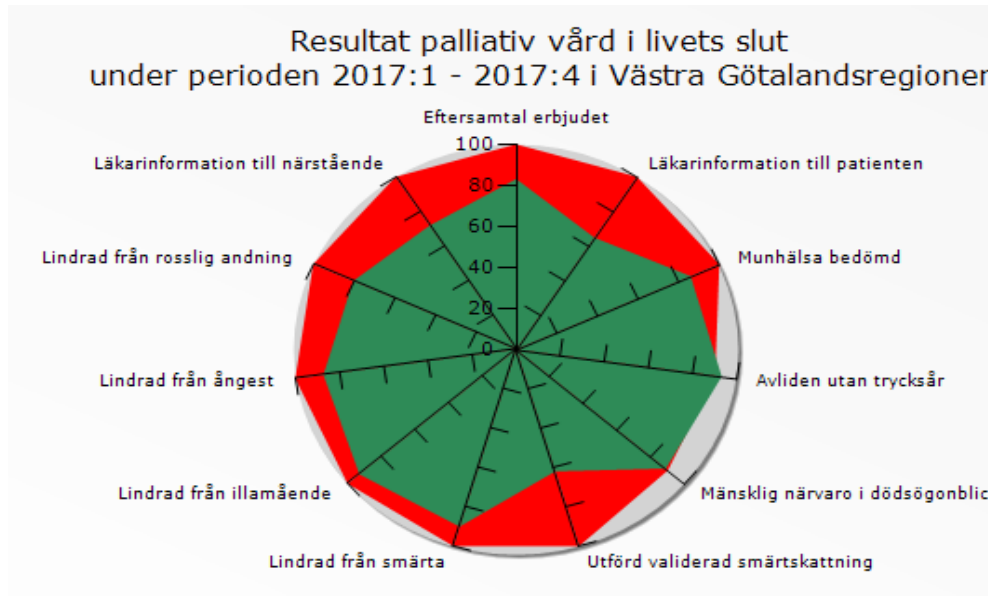
Spindeldiagrammet nedan visar mål, röd markerat, och uppnått resultat, grön markerat. Den översta bilden är Sotenäs kommun år 2017. Resultatet är ungefär detsamma som föregående år.



### Sotenäs



### Västra Götalandsregionen



Detta är en modifierad rapport



### Trycksår

Sotenäs kommun deltog i den rikstäckande undersökningen om förekomst av trycksår särskilt boende, PPM (punktprevalens mätning av trycksår) vecka 47. Av 128 personer fanns det risk för trycksår hos 34 personer och 32 av dem hade ett BMI <22.

Hos fem personer fanns ett pågående trycksår.

Utfall 2.6% på Hunnebohemmet och 4,5 % på Kvarnbergshemmet.

Andel trycksår i kommunala verksamheter i hela riket var 5,4%.

### Svenskt register for beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Nio av 10 personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom. Dessa sekundära symtom vid demenssjukdom orsakar stort lidande för personer med demenssjukdom och är svåra att möta och hantera för anhöriga och vårdpersonal. De senaste åren har vikten av att utveckla metoder för att bemöta personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom fått ökad uppmärksamhet. Genom att använda NPI-skalan (NeuroPsychiatric Inventory) kan vi identifiera de olika symtomen och sätta in riktade vårdåtgärder för att minska svåra symtom och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Genom ett strukturerat teambaserat och personcentrerat arbetsätt får vårdpersonal ett verktyg att möta personen med demenssjukdom på ett värdigt och professionellt sätt.

### Registreringar och uppföljning av BPSD

År	Antal registreringar Hela kommunen	Antal personer	Medeltal NPI-poäng	Medeltal riket
2017	33	26	31	21
2016	15	12	38	20
2015	52	32	33	20

Statistiken visar uppgifter från Hunnebohemmet övriga enheter kommer att påbörja arbetet under 2018.



### 3 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser, äldreomsorg, görs varje år och innehåller förutom omsorg också ett antal indikatorer som gäller hemsjukvården. För år 2017 finns följande resultat. De två första indikatorerna där ska man eftersträva höga procent nivåer, resterande fyra indikatorer sträva efter låga procent nivåer.

#### Öppna jämförelser 2017, vård och omsorg om äldre

		2017	2016
Smärtskattning sista levnadsveckan		70,0 %	(85,0 %)
Brytpunktsamtal		69,0 %	(75,3%)
Tio eller fler läkemedel:	Hemtjänst	33,9 %	(27,6 %)
	Säbo	37,4 %	(21,0 %)
Läkemedel, bör undvikas:	Hemtjänst	10,7 %	(10,9 %)
	Säbo	13,9 %	(10,1 %)
Antipsykotiska läkemedel:	Hemtjänst	1,1 %	(3,6 %)
	Säbo	27,8 %	(27,7 %)
Tre eller fler psykofarmaka:	Hemtjänst	11,9 %	(10,4 %)
	Säbo	31,3 %	(19,3 %)

För den enskilda individen kan både olämpliga eller många läkemedel vara nödvändiga att använda och det kräver noggrann uppföljning och täta kontroller. Förskrivningsmönstret som framkommer genom dessa indikatorer ger underlag för att på gruppnivå arbeta med att förebygga oönskade läkemedelseffekter.

### 4 Basala hygienrutiner

Varje verksamhet har utsett 1 – 2 hygienombud som har fått grundutbildning i hygienfrågor. Varje ombud ansvarar för att arbetskamrater på enheten hålls informerade i hygienfrågor. Alla hygienombud har erbjudits ett fortbildningstillfälle under året. Få fick möjlighet att gå.

### 5 Läkemedelsavstämningar

Avstämningar görs på var och en som skrivs in i den kommunala hälso- och sjukvården och där läkemedelsansvaret är övertaget av kommunens hälso- och sjukvård. Därefter görs en avstämning/år eller oftare om det finns behov. Ansvaret för avstämningarna är delat mellan kommunen och primärvården men ligger i huvudsak på primärvårdsnivå.

Rutin för läkemedelsavstämningar finns och är grundad på gemensam överenskommelse mellan region och kommun den har implementerats i kommunens hälso- och sjukvård i samverkan med vårdcentralerna.

Läkemedelsavstämningar ska göras inom en månad på alla patienter där den kommunala hälso- och sjukvården har övertagit ansvaret. Därutöver görs läkemedelsavstämningar minst en gång/år eller oftare vid behov.

Alla patienter med övertaget läkemedelsansvar har fått en läkemedels-genomgång.

## 6 Tandvård och munhälsa

Patienter med stort omvårdnadsbehov har möjlighet att i sitt boende få munhälsobedömningar årligen av Folktandvården och även nödvändig tandvård. Folktandvården har också en skyldighet att ge baspersonalen utbildning i munhälsa. Övrig munhälsobedömning under året görs enligt ROAGH. Bedömningarna registreras i Senior Alert.

ÅR	Intyg om nödvändig tandvård	Antal Ja tackare	Utförd munhälsobedömning
2017	213	130	128
2016	279	175	141
2015	271	168	138

## 7 Delegering

Vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter får utföras på delegation. För att vara behörig att ta emot en delegering krävs reell kompetens. Vi ger regelbundna utbildningstillfällen till baspersonalen för de arbetsuppgifter som vi delegerar. Läkemedelshantering, skötsel av urinkateter, sondmat, insulingivning och påsdialys är exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som kan vara aktuella att delegera till baspersonalen. Genomsnittligt antal delegeringar/sjuksköterska är ca 23 stycken.

## 8 Lex Maria

Under 2017 har ingen anmälan enligt Lex Maria skickats till IVO.

## 9 Patientnämnden

Sotenäs hade inget ärende i Patientnämnden 2017 gällande fråga om vård och behandling.

## 10 Samverkan med andra vårdgivare

### Samverkande sjukvård

Vision, mål och syfte med Samverkande sjukvård är att tillgodose invånarens behov av god sjukvård, hitta rätt vårdnivå och att samordna de sjukvårdsresurserna som finns i invånarens närområde.

2016 utökades uppdraget, den kommunala hemtjänsten kan kontakta hemsjukvårdens sjuksköterskor för råd och stöd vid akuta händelser gällande personer som inte är inskrivna i hemsjukvården.

Uppdragsgivare	Hemsjukvården 2015	Hemsjukvården 2016	Hemsjukvården 2017
1177	40	27	17
Ambulanssjukvård	0	0	2
SOS Alarm IVPA	106	73	24
SOS Alarm MÅVA	30	16	0
IVPA avbrutet	0	4	0
Vårdcentral	1	2	4
Hemtjänsten	-	12	19
Totalt	177	134	66

**Avvikelsehantering VGR** – Sotenäs kommun finns för uppkomna brister i samband med att patient byter vårdgivare.

Fem (5) avvikelser har kommit från länssjukvården gällande bemötande och brist i vårdplaneringsrutin. Avvikelserna är besvarade.

Från Sotenäs kommun har skickats elva (11) avvikelser till länssjukvården under 2017. Avvikelserna gällde följsamhet till vårdplaneringsrutin, brister i omvårdnad, bristande kommunikation och felaktiga läkemedel.

Sotenäs kommun har skickat en (1) avvikelse till Ambulansverksamheten gällande bemötande.

### Närsjukvårdsgrupp

Närsjukvårdsgruppen är en samverkansform mellan regionens och kommunens samtliga vårdgivare i ett geografiskt område, Sotenäs kommun. Under 2017 har fyra möten genomförts.

### Nationell patientöversikt (NPÖ).

NPÖ ger möjlighet att läsa delar av länssjukvårdens journaler. I och med att hemsjukvården får tillgång till patientuppgifter tagna direkt ur journalen blir det en säkrare hantering i vård och behandling när patienten byter vårdgivare. Det är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som använder NPÖ.

## 11 Samverkan med patienter och närstående

**Skyddsåtgärder för personer med kognitiv svikt.** All användning av skydds och frihetsbegränsande åtgärd ska vara individuellt prövade och föregås av ingående vård- och omsorgsplanering samt patientens samtycke. I samband med bedömning om eventuella skyddsåtgärder finns möjlighet att inhämta synpunkter och stöd från närstående. Den patientansvariga sjuksköterskan är den som fattar beslut.



**Läkemedelsavstämningar.** Utförs av läkare, sjuksköterska tillsammans med patient/närstående samt eventuell vårdpersonal.

**Vård-skador och missförhållanden.** Anhöriga informeras om anmälning sker enligt Lex Maria, och de ges också möjlighet att lämna synpunkter. De blir också informerade om Inspektionen för vård och omsorg, IVO, svar på anmälan.

**Efterlevandesamtal** ska erbjudas till alla vid anhörigs bortgång.

**Vårdplanering.** Närstående erbjuds delta i vårdplaneringar om vårdtagaren vill att de ska vara med.

## 12 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan lämnas direkt till enheten eller i kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Ärendet lämnas till ansvarig chef, MAS eller verksamhetschef för hälso- och sjukvård som efter samråd avgör vem som ansvarar för utredning och vem som svarar anmälaren. Inkomna klagomål diarieförs i kommunen.

Inga klagomål har inkommit under 2017 gällande hälso- och sjukvård

Sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter görs av ansvarig chef, MAS eller verksamhetschef beroende på vilket område synpunkten berör.

## Personalutbildning

### Allmän palliativ vård.

Västra Götalandsregionen har tagit fram en webbutbildning i allmän palliativ vård som kan användas ute i verksamheten. Två sjuksköterskor planerar för genomförande av utbildningen. En verksamhet har påbörjat den.

### Fortbildning hygien

Hygienombuden erbjuds fortbildning en ggr/år. Nya hygienombud genomgår en grundutbildning, fem halvdagar.

### Utbildning Läkemedel

All personal får läkemedels- och delegeringsutbildning vid anställningstillfället. Anmälan sker på intranätet. Utbildningstillfälle läggs in varje månad.

Under 2017 har 94 personer fått utbildning. Inför sommaren genomfördes fyra läkemedelsutbildningar riktade till semestervikarier. Totalt 11 utbildningstillfällen.

Det totala antalet avvikelser som rapporterats har ökat under 2017, vi har färre läkemedelsavvikelser men fler avvikelser för fall. Ur patientsäkerhetsperspektiv bör verksamheten ha en nollvision gällande avvikelser för läkemedelshantering, med det arbetssätt vi har idag är det en omöjlighet att nå upp till, patientsäkerheten kan höjas avsevärt med hjälp av digitala signeringslistor!

### Förflytningsutbildning

Alla nyanställda, både tillsvidare- och timanställda, genomgår förflytningsutbildning steg 1 och fortsättningsutbildning steg 2



Under 2017 har utbildning steg 1 och steg 2 erbjudits nyanställda och semestervikarier. Totalt har 43 anställda fått utbildning, 41 sommarvikarier och två ordinarie personal

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### Patientsäkerhet och kvalitet kommande år

- Rutin för avvikelshantering ska göras känd för alla medarbetare
- Rutin för blåsdysfunktion implementeras
- Palliativ vård fortsatt intern utbildning till alla personalgrupper
- Kartläggning – nattfasta särskilt boende.
- Kompetensutveckling- utbildning i BPSD SÄBO.
- Team träffar – öka antalet utförda riskbedömningar Senior Alert.
- Egenkontroll - journalgranskning leg personal och vårdhygien mätning.
- Basala hygienrutiner – öka följsamheten, egenkontroller