



SKÅNINGEGÅRD OMSORG
EN DEL AV Skåningegård GRUPPEN

Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet
20210224

Anna-Carin Ivarsson, Psykiatrisjuksköterska och Biträdande verksamhetschef

Innehållsförteckning

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet...	sidan 3
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	sidan 4
Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året.....	sidan 4
Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	sidan 5
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten.....	sidan 7
Rutiner för händelseanalyser.....	sidan 7
Informationssäkerhet.....	sidan 8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	sidan 8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet klagomål och synpunkter.....	sidan 9
Sammanställning och analys.....	sidan 9
Samverkan med patienter och närstående...	sidan 12
Resultat.....	sidan 12
Mål för patientsäkerhetsarbetet inför kommande år.....	sidan 14

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Boendet Skåningegård Omsorg är en privatägd verksamhet inom LSS personkrets 1 och 2. Boendet består av ett serviceboende med 14 separata lägenheter och 2 gruppboenden med vardera 6 platser, det senast uppförda Jansboendet öppnades i augusti 2019. Boendet har fyra patienter med ÖPT. Deras domar tas återkommande upp i rätten enligt lag.

Skåningegård arbetar för att de boende ska ha en trygg och säker tillvaro i en lugn och harmonisk lantlig miljö där personalen har kompetens för att utföra ett patientsäkert arbete med ett professionellt bemötande. Verksamhetens vision är att skapa *en optimal livskvalitet för alla utifrån varje individs behov*. Det medför att personalen måste vara flexibla och ständigt arbeta utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv för att kunna bemöta varje individs olika behov och för att en god livskvalitet ska uppnås.

År 2020 har inneburit en kamp mot att hålla Coronapandemin på avstånd, med skärpta hygienrutiner och neddragning på gemensamma aktiviteter.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamheten Skåningegård omsorg AB leds av en verkställande direktör. Styrelsen skall säkerställa att chef och medarbetare besitter kompetens för att utföra patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen (§29) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård.

Ny verksamhetschef anställdes i december 2019 och började i verksamheten i februari 2020.

Ny gruppchef för serviceboendet och Jansgård anställdes i augusti 2019. Samma gruppchef slutade efter sommaren. En ny anställdes i augusti och blev då gruppchef för Daglig verksamhet och Jansgård. Sjuksköterskan på boendet är biträdande verksamhetschef samt grupp-

chef för Ainagården. Tillsammans med patientansvarig läkare (PAL), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschefen ansvarar sjuksköterskan för patientsäkerheten. Sjuksköterska på boendet arbetar dagtid, måndag till fredag. Övrig tid är det Klara, sjuksköterskebemanning som är i tjänst. Det är sjuksköterskan som i första hand tar emot synpunkter på patientsäkerhetsarbetet.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Rutiner styrs utifrån policys och riktlinjer och arbetas fram av sjuksköterska, MAS samt verksamhetschef.

En gång per år genomförs en boendeenkät som är lätt för alla att gå igenom, med frågor om bland annat trivsel och bemötande, med glada och missnöjda gubbar.

I medarbetarenkäten, som också genomförs årligen, kommer personalens synpunkter fram.

MAS har gjort en kvalitetsuppföljning 2020 genom en kvalitets- och patientsäkerhets enkät samt genom journalgranskning i HSL.

Det var planerat att MAS i början av året skulle besöka boendet och tillsammans med sjuksköterska genomföra utbildningsdagar för omvårdnadspersonalen och gå igenom samtliga riktlinjer och rutiner. Detta har inte kunnat genomföras som de var tänkt på grund av Coronapandemin. Verksamhetschef, sjuksköterska och gruppchef har gjort en egenkontroll av hela verksamheten inklusive HSL.

Personalen har gjort självskattningar av vårdhygien vid två tillfällen under året.

Indirekt egenkontroll har gjorts genom avvikelssystemet där sjuksköterska kontinuerligt går igenom alla avvikelser som rör HSL. De mest utmärkande avvikelserna har diskuterats på APT för att analysera vad som gått fel och vad som behöver förbättras. Boendets sjuksköterska går igenom samtliga signeringslistor varje månad för att se vilken följsamhet som finns i läkemedelsbehandlingen.

Diabeteslistor går igenom varje månad för att säkerställa att patienterna ligger på adekvat blodsockernivå samt att insulin ges som det ska. Sjuksköterskan har regelbunden kontakt med diabetessköterska på behandlade vårdcentral.

Skydds rond utförs två gånger per år och det finns ett skyddsombud på varje enhet.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Det fanns många planer för året 2020, men i och med *Coronapandemin* har mycket fått läggas på framtiden.

Skåningegård har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer angående Corona och vi har följt Växjö kommuns rutiner gällande vårdhygien och användning av skyddsutrustning. När Coronasmittan blev känd i Sverige hade sjuksköterska genomgång och utbildning i vårdhygien på samtliga enheter. All personal har också genomfört vårdhygienutbildningen digitalt. Eftersom rekommendationerna ändrats har personalen fått komplettera med att arbeta med visir och munskydd. Bedömningar för de boende har gjorts efter hand som rekommendationerna har ändrat sig, gällande om de ska gå till daglig verksamhet eller ej. I de fallen som de boende varit hemma har man anpassat det med hemarbete istället. För en boende som går på en extern daglig verksamhet som stängts pga. Corona, bedömde man att ha skulle må psykiskt dåligt av att inte vara i ett sammanhang och hjälpte hen med arbete på daglig verksamhet här.

Handledning och APT har hållits digitalt.

Närstående erbjuds vanligtvis att ha fysiska anhörigmöten men det har inte gjorts i år.

Sjuksköterska informerar anhöriga fortlöpande om patienternas hälsa och medicinska förändringar. Kontakt med anhörig och när denna ska tas finns nu dokumenterat i HSL-journalen

Sjuksköterskan har tagit *kontakt med en vårdcentral* för ett eventuellt samarbete. Detta arbete fortsätter under 2021.

Avvikelseystemet har ytterligare förbättrats då man nu kan skriva avvikelser som syns under respektive enhet för sig.

Införandet av ett *nytt dokumentationssystem* påbörjades i december 2019. Dokumentationsstödare har utsetts på varje enhet. All omvårdnadspersonal har fått utbildning av hur den löpande sociala dokumentationen ska genomföras och alla genomförandeplaner har reviderats. Alla boende har uppdaterade arbetsinstruktioner. Samtlig personal på boendet har tagit del av arbetet. HSL-dokumentationen skickas till sjuksköterskan via den så kallade HSL-rapporten och sjuksköterska ansvarar för att sammanfatta och lägga in det som skrivs i HSL-rapport i HSL-journalen. Lathundar har gjorts för detta.

En *ledarskapsutbildning* pågår under en tvåårsperiod för hela ledningen i företaget, vilken skulle ha varit klar i december 2020, men är nu framskjuten.

Arbetsmiljöarbetet sker löpande genom träffar i arbetsmiljögruppen som består av ledning, sjuksköterska samt personal från samtliga boenden.

Utbildning i låg affektivt bemötande har genomförts för samtlig personal, av två instruktörsutbildade i personalgruppen.

Utbildning om läkemedel och diabetes har hållits i samband med att ny personal får delegering samt på APT om ny medicin satts in. Sjuksköterska har egen tid på APT på varje enhet för att ta upp aktuella medicinska frågor. Samtliga delegeringar gicks igenom och förnyades i samband med att det nya dokumentationssystemet infördes. All personal ska inför förnyande av delegering genomföra den digitala utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”.

Handledning av psykiatrin har satts in vid ett svårt fall där man behövde handledning kring en enskild person med Alzheimers sjukdom.

Ett *nytt gemensamt läkemedelsskåp* har införskaffats, för läkemedel som tillhör de boende där det inte är lämpligt att de har sina läkemedel i sina lägenheter. Undantag är dokumenterade i varje enskild journal om varför de ej bör ha läkemedel i sitt hem.

Hälsosamtal har erbjudits varje boende gällande kost, motion och livsstil. Samtliga boende är också erbjudna att kontrollera vikt, längd, blodtryck, puls samt saturation.

Nyupprättade riktlinjer och rutiner för nutrition, mun-och tandhälsa, medicintekniska produkter har upprättats och samtliga skyddsåtgärder dokumenterats. En del *skyddsåtgärder ändrades* efter uppföljning av verksamhetschef och sjuksköterska. Flera dörrlarm togs bort då man ansåg att man kunde arbeta mer förebyggande istället.

Tandvården var inplanerad för att genomföra bedömning av munstatus på de boende och utbilda omvårdnadspersonalen, men de lämnade återbud på grund av Coronapandemin.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Boende- och medarbetarenkäten genomförs årligen.
- Kvalitets- och patientsäkerhetsuppföljning utförs av MAS en gång per år.
- Ständig bevakning och analys av uppkomna avvikelser görs och tas upp med den enskilde i det fall det gäller samt i samband med APT för analys samt förbättringsförslag.

- Ledningsgruppen på Skåningegård träffas varje månad, där man diskuterar förbättringsområden samt åtgärder i verksamheten.

- En arbetsmiljögrupp träffas fyra gånger per år och går igenom verksamheten.
- Skyddsronde görs två gånger per år då verksamhetschef, skyddsombud från samtliga enheter, sjuksköterska, samt fastighetskötare.
- En schemagrupp träffas var tredje månad samt vid behov för att gå igenom hur det fungerar med arbetscheman kring patienterna.
- Uppföljningsmöten sker med patienternas hemkommuner två gånger per år där man går igenom patienternas situation, funktion, utveckling samt mående.
- Läkarronde sker en gång per månad där sjuksköterska och psykiater deltar. Vid behov är även verksamhetschef med.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Om en vårdskada uppstår eller skulle kunna uppstått görs omedelbart en händelseanalys av sjuksköterska. Om sjuksköterskan själv eller delegerad omvårdnadspersonal är inblandad utreds händelsen av MAS. Om en allvarlig vårdskada uppstår eller kunde ha uppstått görs utredningen av MAS och händelsen lex Maria anmäls till IVO. Det är SKR:s analysmetod för risk och händelseanalyser som används.

Om ett missförhållande uppstår görs utredningen av verksamhetschef och VD. Sjuksköterskan och MAS utgör då en rådgivande roll. Om missförhållandet bedöms som allvarligt görs en Lex Sara anmälan till IVO.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse

Skåningegård har under året fortsatt arbetet gällande informationssäkerhet genom ledningssystemet. Genom en hållbar ledningsstruktur kan vi arbeta med informationssäkerhet på ett strukturellt och systematiskt sätt. Vi arbetar utifrån GDPR och dokumenterar vilka personuppgifter vi förvarar, hur vi förvarar dem, lagstöd samt när de plockas bort.

Den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

En extern part, Nordlo är anlitaad, samtlig information skyddas där via deras servrar. All dokumentation och annan känslig information är lösenordskyddad och behörighetsstyrd. Uppmaning till samtliga medarbetare om att logga ut från dator i samband med att den lämnas.

Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Journalgranskning har gjorts genom loggkontroller varje månad, av verksamhetschef. MAS har utfört journalgranskning av HSL-journalerna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Skåningegårds sjuksköterska bedömer fortlöpande tillsammans med all personal vilka risker som finns för vårdskador för de boende.

Sjuksköterskan samverkar med psykiater som är anställd på boendet.

Psykiatern besöker boendet regelbundet, minst en gång per månad. Läkemedelsgenomgångar görs 1–2 gånger per år. Psykiatern finns att nå för boendets sjuksköterska dagtid, vardagar.

MAS arbetar tillsammans med boendets sjuksköterska för att förbättra och säkra allt som gäller HSL på boendet.

Sjuksköterska samverkar även med den vårdcentral som de boende tillhör och med specialistpsykiatrien kring de boende som har fast vårdkontakt där. Kontakt med vårdcentralen sker vid behov och kontakt med fast vårdkontakt inom psykiatrien sker regelbundet. Tre av de boende med ÖPT har en fast vårdkontakt i öppenvården på rättspsykiatri i Växjö som de har regelbunden kontakt med. Den andra patienten som har ÖPT har sjuksköterska telefonkontakt avseende medicinering med patientens behandlande klinik i sin hemkommun. De kommer också till

boendet för uppföljning två gånger per år.

Under 2020 infördes ett samarbete med Hammarlyck rehab och Skåningegård fick tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut.

Tandhygienist ska besöka boendet varje år och bedöma mun- och tandstatus, dock inte 2020.

Fotvårdsspecialist kommer till boendet vid behov och gör fotvård på de boende.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Verksamheten har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål. Alla medarbetare har kunskap om vår hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att direkt rapportera ett klagomål. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast till berörd part. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till VD, MAS och uppdragsgivare. Även godman/företrädare kontaktas i de fall det är aktuellt. Det viktigaste är att ansvarig chef har en direkt kommunikation med berörda.

Personalen har kunskap om och ansvarar för att rapportera genom att skriva avvikelser. Verksamhetschef får samtliga avvikelser och sjuksköterska får alla som berör HSL. En bedömning görs av respektive ansvarig om akuta åtgärder måste vidtas. Avvikelserna besvaras i Sharepoint och man arbetar sedan vidare med dem på APT och i arbetsmiljögruppen.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse rapportering

Antalet avvikelser gällande hälso- och sjukvård under året var 109 st. De olika kategorierna var:

1. Medicinering, 75 st., med underkategorier

-Missad medicingivning, 30 st.

-Missad signering, 21 st.

-
- Upphittade läkemedel, 10 st.
 - Fel insulin givet, 1st.
 - Saknad apodos 1 st.
 - Fel i apodos 1 st.
 - Fel i dosett, 2 st.
 - Lagt medicin i fel låda i läkemedelsskåp, 2 st.
 - Ej stängt läkemedelsskåp, 4 st.
 - Narkotikaräkning 2 st.
 - Glömt kvar insulinpenna i väska 1 st.

- 2.Upphissad säng, 1 st.
- 3.Brist i dokumentationen, 1st.
- 4.Avsaknad av material, 2 st.
- 5.Självskadebeteende, 3 st.
- 6.Olåst medicinskåp, 7 st.
7. Fall, 3 st.
8. Slut på katetrar 2 st.
- 9.Utebliven tryckavlastning, 1 st.
10. Ej fått hjälp av bemanningssjuksköterska, 1 st.
11. Stödstrumpor på nattetid, 1st.
- 12.Trycksår 1 st.
- 13.Fall, 7 st.
- 14.Ej inlämnat Coronatest, 1 st.
- 15.Ej bytt inkontinensskydd, 1 st.
16. Sår ej omlagt, 1 st.
- 17.Ej dokumenterat på vätskelista, 1 st.

Avvikelsesystemet i Safedoc är tydligare och enklare att använda än det som tidigare använts, vilket gjort att fler skrivit avvikelser det här året. Under årets första månader när systemet var nytt var det dock något glesare med avvikelser.

I början av året fanns en boende med demens på en enhet, som hade stor vårdtyngd. Man kan tydligt se bland avvikelserna att det var fler *missade mediciner och signeringar* under den perioden. Personalen var stressad. Det är även här som det blivit fel i dosetterna.

Det är fler fall än förra året, dock har inget av fallen lett till några skador som krävs sjukhusvård.

En boende fick ett *trycksår* då hen var ineliggande på sjukhus. När hen kom hem gjordes insatser för att vårda såret och minska trycket vilket gjorde att såret läkte.

Vid det tillfället *fel insulin* gavs, upptäckte den personalen sitt misstag med en gång och kontaktade omedelbart sjuksköterska, varför inga skador uppkom.

I det fallet när ett *inkontinensskydd ej bytts* förklarade personalen det med att den boende var utåtagerande och man kunde inte komma nära

honom. MAS konsulterades i fallet, då det fanns stora risker för sår om inte skydd byttes kontinuerligt, och med det upprättades andra rutiner för att byta inkontinenshjälpmedel på den boende.

Då personalen upplevde att de *inte fått hjälp av bemanningssjuksköterska*, togs detta upp på ett av de regelbundna möten som verksamhetschef och sjuksköterska har tillsammans med bemanningsföretaget.

Avvikelsen som gäller att ett *sår ej är omlagt*, är skriven av en personal på den enheten på annan personal. Sjuksköterska fick där säkerställa att den delegerade personalen visste var omlägningsrutinen fanns.

Ett *Coronatest blev ej inlämnat* för analys, där sjuksköterska på boendet hade lämnat över ansvaret till personalen men ej dokumenterat vilket lett till missförstånd. Ingen rutin fanns för hur testen skulle hanteras. En rutin upprättades. Händelsen utreddes av verksamhetschef och MAS.

Olåst medicinskåp var det fler avvikelser skriva i början på året, då medicinskåpet var relativt nytt. Sjuksköterska har uppmärksammat personalen på detta, på APT eller i personalrummet då det upptäckts, hur viktigt det är att det är låst, även om det står i ett låst utrymme.

Gällande *missad medicin och missad signering* har en mall för överrapportering gjorts där man säkerställer att all medicin är given och signerad.

Saknad apodos och fel i apodos, rapporterades till Apotekstjänst.

Vid kontroll av narkotiska preparat där det sakades medicin, visade det sig att man endast hade signerat på vidbehovslistan. Inget svinn av narkotika har förekommit.

Fortsatt handledning från Äldrepsykiatriska enheten gällande en dement boende ledde till utökad kunskap och trygghet hos personal, vilket gjorde säkerheten större i arbetet med den boende.

Synpunkt från närstående

En synpunkt har inkommit från närstående vad det gäller hälso- och sjukvården kring de boende. Den närstående reagerade på att boendet inte har någon möjlighet till direktkontakt med läkare på vårdcentralen.

Anmälningar till IVO

Det har gjorts tre IVO-anmälningar under året av närstående till två olika boende. Två av anmälningarna gjordes av samma närstående. Den första handlade om att en boendes plats sades upp med anledningen av att man konstaterat att Skåningegård inte kunde tillgodo se den boendes behov. De närstående var missnöjda med hur det hela sköttes trots att man handlat enligt rutiner. Den andra handlade om att en vikarie, vars tjänst senare avslutades, lämnade felaktig och osann information till samma anhöriga.

Den tredje anmälan till IVO gjordes av en närstående som ansåg att hennes man borde ha fått en tid till vårdcentralen för bedömning av en tån av läkare. Sjuksköterska hade då redan bedömt att tån inte var infekterad och att ingen läkarbedömning behövdes. Då läkare ändå kontaktades ville inte vårdcentralen ta emot honom då han är i riskgrupp för Corona och hans närstående hade skickat bilder på tån. Den närstående insisterade på en läkartid, fick en tid och läkare fann ingen infektion i

tån.

Två anmälningar om ”Risk för missförhållande” har gjorts då en boende med demens avvek från boendet mitt i natten vid två olika tillfällen.

IVO påbörjade en utredning i november. Svaret från dem visar att de bedömer att inga brister finns på Skåningegård.
Inga Lex-Maria har gjorts under året.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna har tillsammans med sina närstående möjligheter att påverka patientsäkerhetsarbetet vid varje uppföljning och anhörigträff. Sjuksköterska och läkare (via sjuksköterska) finns tillgänglig på telefonen för att informera och diskutera vård och behandling. Läkare har telefonsamtal samt träffar anhöriga vid önskemål.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Smitta Corona

En boende smittades av Corona under en sjukhusvistelse. För övrigt har flera boende testats men negativa resultat påvisats av Covid-19

Medarbetarenkät

Det gjordes en medarbetarenkät under 2020 där man uppfattade samarbetet med varandra, sjuksköterska och ledning som gott men man upplevde att man hade en mindre bra arbetsmiljö. Färre avvikelser skrevs kring arbetsmiljö sedan en boende med stor vårdtyngd flyttade och även sjukskrivningarna minskade.

Boende enkät

Det framkom i boendeenkäten att de boende trivs på Skåningegård och att de upplever att de får ett gott bemötande. Man tycker att man har möjlighet att påverka sin mat, sina aktiviteter och sin vardag.

De flesta trivs med personalen och med sina grannar.

Egenkontroll inom HSL-områdena

Egenkontrollerna som utfördes av verksamhetschef, gruppchef och sjuksköterska visade att det var ett område där man behövde arbeta

fram en ny rutin och det var att ha en rutin kring Medicintekniska produkter. Rutinen kommer att utformas i samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut.

Journalgranskningen av MAS

Dokumentationen i Safedoc var något bristfällig efter några månaders dokumentation där. Journalgranskningen av MAS ledde till att sjuksköterskan kompletterade samtliga journaler och därmed uppfyllde önskat resultat på 85 % i november.

Anställning av paramedicin

Att anställa sjukgymnast och arbetsterapeut har gjort minskat risken för arbetsskador för personalen och säkerställt att man inte skadar de boende vid exempelvis vändning och förflyttning.

Självskattningen av vårdhygien

De vid två olika tillfällen som självskattning av vårdhygien gjordes, visade att personalen följer rutiner kring vårdhygien när det gäller användning av handskar och förkläde i de fall där det krävs. Man använder handsprit före och efter nära omvårdnadsarbete i 88 % av fallen. 100% använder inte nagellack eller lösnaglar. 100% har inte sår eller eksem på underarmar eller händer. Dock har endast 56% kortärmat vid nära omvårdnadsarbete och vi kommer att se över arbetskläder under kommande år.

Resultatet av MAS kvalitetsuppföljning:

Positiva förbättringar:

- Införandet av verksamhetssystemet Safedoc
- Tydlig förbättring av HSL-dokumentationen
- 80% av personalen har någon typ av vårdutbildning
- Hygienutbildning genomförd
- Självskattning av hygien genomförts 2 gånger under året
- En fysioterapeut och en arbetsterapeut har knutits till verksamheten
- Riktlinje för Medicintekniska produkter framtagen
- Ny rutin framtagen angående skyddsrutiner
- Riktlinje och rutin för mun- och tandhälsa framtagen
- Riktlinje och rutin för nutrition framtagen
- Tobakspolicy framtagen

Identifierade förbättringsområden:

- Ta fram nya rutiner angående arbetskläder och hur de privata kläderna förvaras på arbetsplatsen
- Utse hygienombud
- Fortsätta utbilda personalen i hur de ska rapportera muntligt och skriftligt mellan arbetspas- sen

-
- Fortsätta utbilda personalen i hur de ska skriva HSL rapporter i Safedoc
 - Göra upp en plan för personliga läkarbesök med läkemedelsgenomgångar
 - Fortsätta utvidga och förbättra samarbetet mellan personalen för att kunna observera läkemedelseffekter och biverkningar
 - Gå igenom rutinerna kring nyckelhanteringen
 - Fortsätta upprätta rehabiliteringsplaner
 - Underhåll och kontroll av befintliga lyftar
 - Gå igenom de boende som är berättigade till tandvårdskort
 - Planera besök av tandhygienist

Det har framkommit vid de regelbundna uppföljningarna att patienternas hemkommuner är mycket nöjda med vården som bedrivs på Skåningegård.

Mål för patientsäkerhetsarbetet inför kommande år:

Fortsätta förbättra dokumentationen i dokumentationssystemet Safedoc. Läkemedelsgenomgångar av samtliga boendes läkemedel.

Utveckla arbetet med avvikelshanteringen genom att engagera personalen på möten.

Följa upp all tillsvidareanställd personals kompetensutvecklingsplaner. Generella utbildningar för all personal ska genomföras angående läkemedel, hygien, lågaffektivt bemötande, hjärt- och lungräddning och rutingenomgångar.

Utbildning av Skåningegårds läkare i bemötande av personer med olika diagnoser.

Sjuksköterska ska ha teamträffar var tredje månad med kontaktpersonerna till respektive boende, med en boende i taget, och där gå igenom hur det ser ut kring den boendes hälsa.

Uppföljning av vårdplaner samt genomgång av läkemedelslistor.

Vi fortsätter att ta in handledare i de ärenden som är särskilt svåra, för att öka kompetensen och trygga arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Screening genom självskattning av vårdhygien i patientnära arbete ska utföras två gånger per år.

Skåningegård ska arbeta ytterligare med att följa upp utvärderingarna av personalenkäterna.

Komplettera och revidera årshjulet i kvalitetsledningssystemet.

Tandvården ska åter kontaktas för utbildning av personalen i mun-och tandhygien för de boende.

Påbörja ett samarbete med en vårdcentral för att snabbare kunna konsultera en läkare gällande somatik.

