



# Patientsäkerhetsberättelse för Ekgårdens särskilda boende

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-29 Pirjo Ridemalm

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	14
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

---

## Sammanfattning

På Ekgårdens särskilda boende finns det 60 boendelägenheter varav 16 av dessa är till för personer med demenssjukdom och 5 för växelvård och korttidsboende. Ekgården har två våningsplan. Inom enheten finns även eget tillagningskök.

Det systematiska förbättringsarbetet drivs i enlighet med ledningssystem för kvalitet inom Produktionsområdet Omsorg i Ekerö kommun.

Prioriterade områden har varit det förebyggande arbetet; att identifiera risker och att arbeta systematisk med händelseanalyser.

De nationella kvalitetsregistren används för att stärka den lärande organisationen genom rapportering och uppföljning.

Värdegrunden är ledande för att skapa kultur där den enskilde är i centrum och där det finns engagemang för den enskildes patientsäkerhet.

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Kompetensförsörjning är förutsättning för att behålla kvalitet och utveckling.

Patientsäkerhetsarbete innebär en ständigt pågående dialog mellan olika professioner och med den enskilde/ närstående.

För att bedöma resultat utifrån det systematiska arbetssättet i verksamheten används egenkontroller och händelseanalyser. Dessa ses även som ett viktigt sätt att medvetandegörande olika delar utav kvalitetsarbetet.

Under 2015 har prioriterat område varit förbättringsarbete inom inkontinensvård.

Som ett led i intern kontroll för hela produktionsområdet har vi även arbetat med att förbättra processen kring avvikelshantering.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens mål är att säkerställa att den enskilde känner sig trygg med den vård och omsorg som erbjuds. Allt arbete som görs inom sektionen ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdegrund. Vården ska bedrivas med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Målet är god och säker vård och omsorg. Den enskilde ska vara delaktig.

Målet för vårt patientsäkerhetsarbete är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. All personal ska delta i arbetet.

Avvikelse eller risk för skada analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar.

Händelseanalyser, beslut om åtgärder, återkopplingar och uppföljningar påbörjas omgående efter incidenten.

Medarbetarna är delaktiga i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras om händelsen och om vidtagna åtgärderna.

Riskbedömningar såsom fall, munhälsa, undernäring och trycksår enligt nationella rekommendationerna är grunden för det förebyggande arbetet.

Riskerna, åtgärderna och uppföljningarna dokumenteras i journalen och efter samtycke från den enskilde registreras dessa i Senior Alert.

SITHS/reservkort kort används för att följa patientdatalagens krav för IT användning.

Att förhindra smitta, vårdrelaterade infektioner och vårdskador säkerställer verksamheten via återkommande utbildningar, egen kontroll och via olika ansvarsområden inom vårdhygien.

Vägledning från hygiensjuksköterska från SLL används. Hygiensjuksköterska gör hygienrond på enheterna.

Verksamheten deltar i den nationella punktprevalensmätningen av basal handhygien och klädregler.

Målet inom området läkemedel är att den enskilde får adekvat läkemedelsbehandling, är delaktig i den och att verksamheten har säker läkemedelshantering.

Den enskilde erbjuds läkemedelsgenomgång vid inflyttning och vid uppföljning minst en gång per år samt vid förändringar i

---

hälsotillstånd. Inför läkemedelgenomgången görs validerad symptomskattning och provtagning.

För att säkerställa kvalitén i läkemedelshanteringen finns egen kontroll samt lokala rutiner som revideras regelbundet.

Nationella riktlinjer är vägledande för att säkerställa kvalitén inom demensvård.

Utbildningar till personalen samt verksamhetsnära handledning och reflektion möjliggör utveckling inom området.

Demensteamet inom verksamheten arbetar för att metoder inom demensvård följs och utvecklas.

BPSD (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) kvalitetsregister används för att systematisera vård och omsorg samt för lärande och förbättringsarbete.

Mål för den palliativa omvårdnaden är att den enskilde och närstående ska känna trygghet. Verksamheten följer de nationella riktlinjer för palliativ vård. Samtliga dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer upp och utvärderar målen.

Produktionsledningen inom omsorg ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Produktion omsorg har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet.

Sektionsledningen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner i enlighet med kvalitetssystem och i samverkan med primärvården och kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal, d.v.s. sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. HSL personal har ansvar att

---

följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

Omsorgspersonal som efter delegering utför hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Kvalitetsledningssystem beskriver övergripande processer som är viktiga för att uppfylla kvalitet.

Sektionsledningen har ansvar för att avvikelser utreds och rapporteras vidare till produktionsledningen. MAS tar del av de uppkomna avvikelserna inom HSL och utreder om ytterligare åtgärder skall vidtas.

Uppföljning och utvärdering sker på olika nivåer: uppföljning och uppdatering av lokala rutiner samt systematisk avvikelshantering och händelseanalyser. Genomgång av avvikelser sker på hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med sektionschefen. Ansvarig sjuksköterska samt paramedicinare återkopplar och följer upp händelserna i möten med omsorgspersonal.

Vårdplaneringsmöte med den enskilde sker minst var 6:e månad samt vid förändring. Uppföljning av riskanalyser (fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG skala, inkontinens enligt NIKOLA) sker i samband med vårdplanering. Vårdplan upprättas och uppdateras vid risk. I samband med inflyttning och vid förändrat hjälpbehov hos den boende utförs ADL bedömning av arbetsterapeut och förflyttningsbedömning av fysioterapeut.

Kvalitetsregistren (Senior Alert och Svenska Palliativregistret) används för att följa upp statistik och för att arbeta förebyggande utifrån den enskildes behov. Teamet med olika professioner deltar i bedömning utav risker och vid planering av åtgärder.

Verksamheten deltar i punktprevalensmätning gällande fall och trycksår.

Inloggningar till Pascal (läkemedelshantering), Senior Alert och Svenska Palliativregistret, BPSD, Tandvårdsenheten (Symfoni) samt HSL journaler sker med SITHS-kort.

---

Verksamheten rapporterar antal infektioner och användning av antibiotika till MAS. Enheten deltar i den nationella punktprevalensmätning gällande basal handhygien och klädregler.

Verksamheten har rutiner för att säkerställa att varje boende har läkemedelsgenomgång minst en gång per år. För de flesta boende genomförs flera läkemedelsgenomgångar under året.

Avtal för kvalitetsuppföljning angående läkemedelshantering är upprättat med Apotek AB. Läkemedelshantering följs upp årligen av MAS och apotekaren.

Uppföljning och utvärdering för demensvård sker på tre olika nivåer (individ, personal och verksamhet). Sammanfattning av utbildning och handledningsinsatser görs årligen. Demens Checklista används för egen kontroll. Den enskildes välbefinnande skattas med ett särskilt instrument.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD sker på individnivå och innefattar bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. BPSD kvalitetsregistret används för att synliggöra åtgärderna i relation till symptomen.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

De nationella registren BPSD, Senior Alert och Palliativa registret visar statistik som används av verksamheten.

Analys och sammanfattning av avvikelser görs månadsvis.

Analys av klagomål och synpunkter sker kontinuerligt och sammanfattas årligen.

Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt och dokumenteras i HSL journalen, statistik inom enheten förs.

Egenkontroll avseende basala hygienrutiner och PPM-BHK görs 1 gång per år.

Resultat i öppna jämförelser uppmärksammas.

Sammanställning av antibiotikabehandlingar görs.

---

## **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### Avvikelser

Under 2015 har avvikelser gällande uteblivna läkemedel lett till förbättring i dokumentationen. Signeringslista för läkemedel har förändrats till det bättre för att minska risk för otydlighet. En enhetlig signeringslista har införts inom verksamheten. Rutiner för dagliga arbetsuppgifter har förbättrats för att säkerställa kontinuitet i läkemedelsbehandlingen.

Ledningen och personal har gått igenom uppkomna avvikelser, för att förhindra upprepning av motsvarande händelse. Händelseanalyser och åtgärdsplaner upprättas och har kommunicerats med berörd personal.

Kopia av avvikelserapporten har skickats till MAS. I vissa fall har även direkt kontakt tagits innan händelsen utretts.

### Vårdhygien

All personal genomfört webbutbildning i basala hygienrutiner.

Ekgårdens hygiensteam arbetar med hygienfrågor och har gjort egna kontroller samt har givit stöd till övrig personal i hygienfrågor. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler genomfördes under våren 2015.

Hygienfrågor återkopplas vid arbetsplatsmöten till alla medarbetare. Infektionsrapportering sker till MAS.

Under 2015 har enheten haft misstänkt calici virus utbrott som kunde begränsas inom berörd avdelning. Inga nya fall för MRSA, ESBL eller VRE har uppkommit.

### Läkemedel

Läkemedelsanvändning hos de boende har följts upp minst en gång per år. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts av apotekare från Apoteket AB och MAS. Lokal läkemedelsrutin är reviderad i enlighet med förslag från apotekaren.

Verksamheten har arbetat vidare med delegeringsutbildningen. Kunskapstest utförs även vid förnyelse av läkemedelsdelegering.

### Nutrition

Ett arbete med att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning har skett genom olika skalor (BMI och MNA) och registrerats i Senior



---

Alert. Vårdplan har upprättats vid risk för undernäring. Näringsdryck och berikad kost har ordinerats av sjuksköterskan och har dokumenterats i HSL journalen och i genomförandeplanen. Ofrivillig nattfasta har följts upp av ansvarig sjuksköterska i samband med vårdplaneringar och gruppmöten. Nattpersonalen har gjort uppföljningar/kontroller för att minimera nattfastan och för att hitta lämpligt tillfälle för nattmåltid hos personer med risk.

Rutiner och beredskap inför värmebölja är kommunicerade med all personal.

### Munhälsa

Munhälsobedömningar är erbjudna för alla boende och vårdplanen finns i HSL journalen. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Utbildning i munhälsa och munvård sker en gång per år utav folktandvården och genomfördes i slutet utav 2015.

### Inkontinensvård

Under året har vi fortbildat all personal med extern utbildare. Vi har förnyat lokala rutiner och påbörjat registrering i Senior Alert.

### Fall och fallolyckor

Senior Alert har använts för att registrera fallrisk enligt DRFI och åtgärdsplan har upprättas. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande fall.

Riskbedömning för den enskilde har genomförts i samband med inflyttning. Vid fallincident har personal från olika professioner deltagit i arbetet med analyser och vårdplaner.

### Begränsningsåtgärder

Ett arbete med att tydliggöra ansvarsfrågor och samtycke gällande begränsningsåtgärder har pågått. Under hösten påbörjades ett arbete kring lokal rutin/ checklista.

Arbetsätt utifrån lokal rutin/checklista vid begränsningsåtgärder kommer ytterligare stärka den enskildes autonomi vid användandet utav dessa åtgärder.

### Förebygga trycksår

Sjuksköterskan ansvarar och leder arbetet i att förebygga trycksår. Senior Alerts riskbedömningsskala Norton har använts för att registrera risk och åtgärd. Vårdplan har upprättas vid risk för trycksår. Vid försämrat hälsotillstånd har två personer

---

utvecklat tecken på trycksår under 2015. Med intensifierade insatser har begynnande trycksår försvunnit. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår.

#### Vård vid livets slut

Verksamheten har arbetat med att upprätthålla kompetensen och kunskapen gällande vård vid livets slut.

Svenska Palliativregistret används som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden. Vid väntat dödsfall har alla boende eller närstående fått brytpunktsamtal med läkaren. Efterlevnadsamtal erbjuds till närstående. Även klinisk bedömning av smärta med hjälp av skattningsskalor har systematiserats.

För att säkerställa värdighet vid transport för den avlidne används ett uppföljningsformulär som skickas till MAS.

#### God vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna används som kriterier för egen granskning. Interna utbildningar sker genom kompetensgruppen demensteamet.

E-utbildning Demens ABC samt ABC plus genomförs av all nyanställd personal och interna utbildningar har anordnats.

Instrument för att bedöma välbefinnande hos den demenssjuka används och uppföljning sker vid upprättande av vårdplaner.

Checklista Demens används för att stärka teamarbetet och följsamhet av Nationella riktlinjer.

BPSD kvalitetsregister ger möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Nya administratörer är utbildade.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Ekerö Vårdcentral utför läkarinsatser på verksamheten. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Verksamheten samverkar inom hälso- och sjukvård och med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.

- 
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folktandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
  - Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
  - Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
  - Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvård.
  - Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Färingsöhemmet, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

## **Risicanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I verksamhetens ledningssystem för kvalitet beskrivs systematik för att ta emot och utreda avvikelser och risker.

Det sker fortlöpande utvärdering av eventuella risker som kan medföra brister i verksamheten. Bland annat inom riskområden utöver Hälso- och sjukvård såsom livsmedelshygien, miljö, brand, arbetsmiljö och personalresurser.

Medarbetaren rapporterar risker i verksamheten. Risker rapporteras och redogörs på anvisad blankett och lämnas till ansvarig chef som gör händelseanalyser och upprättar åtgärdsplaner tillsammans med berörd personal. Riskanalys och upprättade av handlingsplaner sker kontinuerligt vid kännedom om kännbara förändringar och icke önskade händelser.

Risicanalys gällande den individuella vård och omsorgen är genomförda i Senior alert. Inom vårdhygien har hygienteamet identifierat möjliga risker.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i kommunens rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserrapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse för risk eller eventuell skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Händelseanalys genomförs tillsammans med sektionschef och

---

hälso-och sjukvårds personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställningen.

Återkopplingen sker via sektionschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål dokumenteras på en särskilt blankett, som finns tillgänglig även på kommunens hemsida. Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas löpande till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av sektionschef och i vissa fall tillsammans med MAS. Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid gruppmöten och vissa fall individuellt i samtal med sektionschef/ansvarig sjuksköterska.

### **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Sektionsledning ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter.

De klagomål som inkommit inom patientsäkerhetsarbete gäller bristande kommunikation mellan sjuksköterska/läkare och närstående. Detta ledde till misstro gällande aktuell läkemedelsbehandling. I samma klagomål fanns även missnöje angående vikarierande personals svar på frågor gällande dagliga händelser runt den enskildes insatser.

Detta klagomål har varit till grund för en handlingsplan som omfattar både personalens förhållningssätt, boendemiljön och roller som ansvarig sjuksköterska och kontaktman. Detta har resulterat i bland annat ett tydliggörande i organisationen: vem svarar på vilka frågor samt vikten av den närståendes roll.

Bristande kommunikation mellan olika aktörer (sjukhuset, sjuksköterska på säbo och läkare på vårdcentralen) har lett till enstaka klagomål.

Alla avvikelser inom HSL har granskats och sammanställts av sektionsledning. Granskningen/sammanställningen tas upp på enhetens HSL-möten samt vid gruppmöten/ arbetsplatsträffar.

Under 2015 har vi haft 63 läkemedelsavvikelser på Ekgården.

---

Två avvikelser varav en handlar om ordination av sondnäring och en om administrering av läkemedel till boende med näringssond. Ingen av avvikelserna har lett till skada för patienten. Avvikelser med allvarlig karaktär har utretts tillsammans med MAS.

Verksamheten har identifierat en viss ojämnheter i rapporteringen av läkemedelsavvikelser. Verksamheten har systematiskt arbetat för att öka medvetenheten om rapporteringskyldighet. Detta innebär en något ökad rapportering av händelse vilket ger oss möjlighet till förbättringsarbete.

De flesta avvikelserna handlar om försenad/utebliven läkemedelsadministrering då ingen skada för den enskilde har skett. Dock hade det kunnat ske om inte felet hade upptäckts. Detta har bland annat lett till att avvikande doseringstillfällen uppmärksammas. Även interna rutiner gällande läkemedel i plåsterform har varit förbättringsområde.

Ekgården har under 2015 haft 38 fall som har lett till någon form av skada (smärta, blåmärke eller sår) och 3 fall som lett till skelettskada (Totalt antal registrerade fall incidenter var 160).

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Den enskilde och i förekommande fall närstående medverkar vid upprättandet av vård- och omsorgsplaner samt läkemedelsgenomgångar. Vid vårdplaneringen diskuteras risker och förebyggande arbete kring den enskilde. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Information om Svenska Palliativregistret och BPSD lämnas.

Det finns information på anslagstavlor, i boendepärmar och på webbsidan kring hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Det finns även skriftlig information tillgänglig för den enskilde samt för den närstående.

Anhörigträffar ordnas regelbundet.

### **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Alla boende har fått riskbedömningar (fall, trycksår, malnutrition och munhälsa). Teamarbete har varit en viktig del i processen.

---

Registreringar (riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning) har dokumenterats i Senior Alert och i journalen.

Boende som har avlidit på särskilda boendet Ekgården har fått vård enligt nationella riktlinjer för palliativ vård. Omvårdnaden och omsorgen har följts upp individuellt och samtliga som avlidit har registrerats i Svenska Palliativregistret. Systematiskt användande av skattningsskalor att bedöma smärta enligt registret har ytterligare ökat under året.

Utbildningar har genomförts i; munhälsa, klinisk bedömning för sjuksköterskor, hygien, patientsäkra förflyttningar samt inom inkontinensvård.

Kvalitetssäkring inom området inkontinens för samtliga boende på Ekgården genomförts. Detta registreras även i Senior Alert och ny lokal rutin gällande inkontinensvård har upprättats.

Utbildningar i vårdhygien och Demens ABC och Demens ABC plus har gett verksamheten jämn kunskap/kompetensbas.

Silviahemmets arbetsätt inom demensvård har stärkt arbetsgrupperna genom verktyg för att systematiskt kunna identifiera och reflektera över egna förbättringsområden.

Under året har arbetet med att registrera i BPSD förbättrats och arbetsättet har enligt registrets modell haft effekter i att tydliggöra sambanden mellan symptom och planerade åtgärder.

Samtliga boende på Ekgården har haft läkemedelsgenomgång under 2015.

Avvikelsehantering med händelseanalyser har lett till ett förtydligande vid att uppmärksamma sårbarhetsfaktorer inom den egna verksamheten. Vissa delegeringar av medicinska arbetsuppgifter har omvärderats, bl. a minskning av plåsterdelegationer.

Egenkontroller och PPM visar god hygienisk standard inom enheterna. Följsamheten i basala hygienrutiner är synlig i det dagliga arbetet.

Arbetet med att förebygga trycksår har inneburit ökad kontroll av den enskildes hudstatus. Uppkomsten av begynnande sårskador är få även om riskanalyserna visar stort antal boende med riskfaktorer.

### **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Målet är att fortsätta säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs.

Målet är förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet genom att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda och utvärdera avvikelser.

---

Verksamheten är öppen för vidare utveckling och nytänkande för att skapa framgång i kvalitetsarbete.

Vi kommer att fortsätta kvalitetssäkra vården i livets slutskede genom att använda den Svenska Palliativregistrets rekommendationer. Ytterligare förbättring med arbete med smärtskattning kommer att vara i focus.

Fortsatt arbete kommer även att ske med de individuella riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar och även med kvalitetsregister Senior Alert.

Systematiskt arbete med BPSD registret.

Skapa tydlighet användandet av begränsningsåtgärder och enskildes samtycke.

Utvecklingsarbete NPÖ (nationell patient översikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården införs.

Förbättra enhetens informationsöverföring och rapportering.

Intern uppföljning och granskning av HSL dokumentationen i Pulsen Combine.

Inom demensvård kommer vi även fortsättningsvis ha interna och externa utbildningar. Enheten kommer att fortsätta arbeta i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi.

Att säkerställa följsamheten inom vårdhygien kommer även i fortsättningen vara prioriterad område.

Fortsatt arbete inom nutrition, de individuella nutritionsbehandlingar och måltidsglädje kommer att ske. Det under 2015 påbörjade nutritionsprojektet angående mat och matglädje kommer att följas upp och utvärderas för att eventuellt förlängas.

Ekgårdens utbildningsäldreboende ställer krav inom handledarkompetens vilket resulterat i examinerade handledare under hösten 2015. Arbete fortgår under 2016 och är en viktig del även vid att säkerställa introduktion av nyanställd personal.