



# Patientsäkerhetsberättelse för Ekgårdens särskilda boende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-29

Elenor Witick enhetschef

---

---

## 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	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	11
Informationssäkerhet	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Sammanställning och analys	15
Resultat	16
Övergripande mål och strategier för kommande år	17

---

## Sammanfattning

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 avvikelser och 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.

Prioriterade område och åtgärder har varit

- skydds- och begränsningsåtgärder
- säker läkemedelshantering
- nutrition – måltidsmiljö enligt FAMM-konceptet
- dokumentation enligt ICF/KVÅ i en ny HSL-modul
- NPÖ (nationell patient översikt)

Resultat i verksamheten visas och präglas utifrån strategierna den enskilde äldre är i focus, kompetensbaserat arbetssätt och strukturerat/organiserat kvalitetsarbete.

## Övergripande mål och strategier

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

---

Den övergripande målsättningen är god och säker vård och omsorg. Vårdskador ska hindras genom aktivt riskförebyggande arbete.

Vården som bedrivs inom sektionen ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier. Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vården och omsorgen som erbjuds.

Strategier för att nå vård och omsorg av hög kvalitet sker utifrån:

**Den enskilde äldre är i focus**

- # ökad delaktighet/kunskap om den egna hälsan
- # synpunkter/erfarenheter tas tillvara
- # diskutera vård/behandling samt risker utifrån förutsättningar
- # information om eventuell vårdskada

**Kunskapsbaserat arbetssätt**

- # rätt kompetens och kunskap
- # riskanalyser
- # synpunkter och klagomål
- # säkra inloggningar
- # användandet av kvalitetsregistren
- # följsamhet till obligatoriska åtgärder

**Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete**

- # lokala rutiner
- # teamarbete och samverkan
- # dokumentation
- # säkerställa rapportering och avvikelshantering

**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.

MAS ansvarar för riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Produktionsledning ansvarar för ledningssystemet för kvalitét som beskriver processerna för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbetet på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.

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.

Legitimerad personal har ansvar att följa kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård samt följa lagar och föreskrifter inom området hälso- och sjukvård. Medverka i kvalitetsarbete i enlighet med ledningssystemet. Även rapportera risker och händelser inom patientsäkerhet.

Legitimerad personal ansvarar för att använda evidensbaserad kunskapsbas, detta innebär ett antal obligatoriska åtgärder bland annat vid läkemedelsrelaterade problem, trycksår, inkontinens, fall, undernäring och munhälsa.

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 kvaliteten.

Uppföljning och uppdatering av lokala rutiner sammanfattas och samlas i dokumentdatabas.

Avvikelse och händelseanalyser följs upp på enhetsnivå via rapporter och journalgranskning samt rapporter till MAS

Synpunkter och klagomål åtgärdas inom enheten och rapporteras till produktionsledning.

Risikanalyser och bedömningar med validerade instrument enligt följande: fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG – skala, inkontinens enligt NIKOLA, smärta enligt VAS-skala/Abbey Pain Scale, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Phase-Proxy/Phase 20 (skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt/skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom)

Kvalitetsregistren (Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativa registret)

Används för att följa upp förebyggande arbete samt genomförda insatser och identifiera förbättringsområden.

#### Teambaserat arbetssätt

Att olika professioner deltar i bedömningen av risker och planeringen av åtgärder säkerställs med planeringarna.

För att säkerställa den individuella behovsbedömningen, skydds- och begränsningsåtgärder även i nattetid finns en nattsjuksköterska som är tillgänglig för omsorgspersonalen. Den enskildes behov om tillsyn och stöd diskuteras tillsammans med omsorgspersonal och dokumenteras i genomförandeplan.

#### Nationella punktprevalensmätningar

Enheten deltar i den nationella punktprevalensmätning gällande trycksår och fall samt basal handhygien och klädregler. Resultat återkopplas till medarbetarna för analys och gemensam utvecklingsplan.

#### Säker inloggning och loggkontroller

Säker personuppgiftshantering samt inloggning i systemet med SITSH-kort. Loggkontroller sker enligt rutin.

#### Infektions register

---

Rapport av uppkomna infektioner och antibiotika användning följs upp kontinuerligt och rapporteras till MAS kvartalsvis. Uppföljning sker samråd med läkarorganisationen.

#### Läkemedelshantering och läkemedelsbehandlingar

- Läkemedelsgenomgångar
- Apoteksgranskning
- Lokala rutiner

#### Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård används för att säkerställa en god demensvård. Validerade bedömningsinstrument används för att planera personcentrerad vård och omsorg.

Anhöriglänk finns för anhöriga/närstående för att få information, stöd och hjälp.

#### HSL -dokumentation

HSL- journal enligt patientdatalagen. Vårdplan upprättas och uppdateras vid risk enligt rutin.

#### Kompetens

Säkerställa att personalen har rätt kompetens utifrån den enskildes behov.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

#### Lokala rutiner

Lokala rutiner har förnyats och reviderats systematiskt.

Rutiner gällande den enskildes samtycke har uppmärksammats i olika processer; informationsöverföringar, skydds- och begränsningsåtgärder och registreringar.

#### Avvikelser

Genomgång av avvikelser gällande hälso-och sjukvård har skett på HSL-möten tillsammans med sektionschefen/enhetschef /HSL-samordningsansvarig sjuksköterska. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelserna i möten med omsorgspersonal. MAS tagit del av de uppkomna avvikelserna.

Avvikelser eller risk för skada analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

---

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

### Nutrition

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras 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 på 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.

### Munhälsa

Folktandvården har erbjudit munhälsobedömningar för alla boende. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Den årliga utbildningen i munhälsa och munvård är genomfört.

Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk.

### Inkontinensvård

Kvalitetssäkring för att identifiera den enskildes behov av inkontinenshjälpmedel genomfördes för något år sedan och ett fortsatt arbete har skett med valt stödmaterial. Verksamheten har haft stöd av extern specialist under 2017.

### Fall

Fallriskbedömningar har gjorts enligt DRFI och registreras i Senior Alert. Paramedicinsk personal har bedömt rörelse- och aktivitetsbehov för den enskilde samt arbetat fallförebyggande genom anpassning av miljön och stimulering av funktionsbehållande arbetssätt. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande fall under våren.

### Trycksår

Riskbedömning för trycksår har gjorts enligt Norton och registreras i Senior Alert. Relevant hjälpmedel har ordinerats. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår vår och höst.



---

### Säker inloggning och loggkontroller

Inloggningar till databas med personuppgifter har skett med SITSH kort/Mobilt Bank id (läkemedel, tandvårdsenheten, HSL-journal, kvalitetsregistren) och behörighet förlängs årligen och kontrolleras kvartalsvis.

Loggkontroller är genomförda månadsvis.

### Läkemedelshantering och behandling

Läkemedelsgenomgång minst en gång under året har planerats enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. Läkaren och sjuksköterskan har genomfört uppföljning av läkemedelsbehandlingar i samråd med den enskilde.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har skett. Förbättringar handlar om läkemedelsförråds kontroller och rutiner runt leveransavvikelser.

Alla som har fått läkemedelsdelegering har genomfört en intern utbildning under ledning av en sjuksköterska och utfört kunskapstestet.

### Vårdhygien

Kunskapsbaserat arbetssätt inom vårdhygien säkerställs med E-utbildningar, hygienronder och observation av hygien teamet. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler är genomförd. Infektionsregistrering har genomförts och rapporterats till MAS.

### Demensvård

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar har skett inom demensvården. E-utbildningar har används för att säkerställa baskunskap.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD har skett på individnivå och innefattar bemötandeplan och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

BPSD register har gett möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Flera registreringar har utförts för att skapa bemötandeplan för att öka välbefinnande.

### Palliativ vård

Vård vid livets slut har planerats individuellt utifrån rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

---

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. För att säkerställa kunskap har vi haft intern utbildning och handledning.

Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden.

Brytpunkt- och efterlevnadsamtal har erbjudits till den enskilde/närstående.

### Rehabilitering

Hjälpmiddel har utprovats och förskrivits av legitimerad personal. ADL- och funktionsbedömningar har utförts. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts för nyanställda. Handledning av personal i förflyttningssituationer sker kontinuerligt.

### **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 planeras och följs upp enligt ett program läkarorganisationen sker kontinuerligt och dokumenteras i HSL journalen.

Egenkontroll avseende basala hygienrutiner och PPM-BHK görs årligen.

Resultat i öppna jämförelser uppmärksammas.

Antibiotika behandlande infektioner registreras och sammanställs kvartalvis, statistik lämnas till MAS.

### **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.

Informationsöverföring har skett både muntligt och skriftligt mellan olika aktörer för att säkerställa vårdkedjan.

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 foterapeuter 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 Paramedicin SÄBO (Färingsöhemmet/Söderströmmsgården, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

## **Risikanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten.

För att utveckla säkerhetskulturen har vi eftersträvat öppen kommunikation om risker och avvikelser.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbetet.

Bland annat inom riskområdena hygien, miljö, brand, arbetsmiljö och personalresurser.

Risikanalys registreras i kvalitetsregistret på individnivå.

---

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten säkerställer att den information som verksamheten behöver i sitt arbete har ett tillräckligt skydd utifrån verksamhetens behov och de krav som ställs i lagstiftningen.

Syftet är att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet, och spårbarhet genom stark autentisering.

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering
NPÖ	Informationsöverföring mellan vårdgivare samt ökad samordning och tillgänglighet	Samtycke inhämtas från den enskilde. Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Införande ej fungerat under 2017.
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Utskrift av ordinationshandling förvaras i HSL-pärm enligt rutin	Avvikelsehantering/ Riskanalys Arkivering
Senior nationellt kvalitetsregister Alert,	Förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och vidta åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering. Riskbedömning och åtgärderna journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik Granskning av journaler – dokumentation

BPSD(Beteendemäsiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller personlig kod. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering.	Statistik Granskning av journaler- dokumentation
Svenska palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	Förbättra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg/registrera munhälsobedömning genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik
Överrapportering mellan vårdgivare	Informationsöverföring	Informationsöverföring via telefon/fax samt förslutet kuvert	Avvikelsehantering
Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut

### **Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Flödesschema för lokal avvikelsehantering finns i kommunens rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser, ge olika perspektiv vilket bidrar till en säkrare vård samt 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. Bakomliggande systemproblem analyseras och åtgärdas.

---

Återkopplingen sker via samordningsansvarig eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål kan lämnas muntligt, skriftligt eller via hemsidan.

Det finns information på anslagstavlor, webbsidan och på enheterna hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av enhetschef och vissa fall tillsammans med MAS. Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av gruppmöten och vissa fall individuellt i samtal med chef.

### **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.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd.

Anhörigträffar ordnas regelbundet. Det finns även skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter dödsfall.

---

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

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

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

Avvikelse med allvarlig karaktär har utretts tillsammans med MAS

Antal inrapporterade läkemedelsavvikelse är 68 . De flesta avvikelserna som rapporteras in handlar om utebliven läkemedelsdos, otydlig signeringslista och missade signeringar. Ingen av avvikelserna har lett till skada för patienten.

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

Antal inrapporterade fall är 63 som har lett till någon form av skada (smärta, blåmärke eller sår) och varav 2 fall som lett till skelettskada (Totalt antal registrerade fall incidenter var 187).

Två IVO anmälningar har inrapporterat. Anmälningar avser brister i läkemedelshantering och omvårdnad. En omfattande utredning med efterföljande handlingsplan är utfört.

Övriga avvikelser handlar om brister i omvårdnad: trygghetslarm (systemfel och handhavande), utebliven omläggning, skydds- och begränsningsåtgärder (ej följd ordination gällande skydds- och begränsningsåtgärder), medicintekniska hjälpmedel (brist på kontroll av förebyggande madrass), kommunikation mellan vårdgivare (utebliven hembesök, otydlig överrapportering och rutinavvikelse gällande utebliven läkemedelsordination vid utskrivning från slutenvård).

---

## **Resultat**

---

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Riskbedömningar med åtgärdsplan och uppföljning har genomförts, registrerat i Senior Alert och dokumenterats i HSL journalen.

Omvårdnaden och omsorgen vid livets slut har följts upp individuellt och insatserna har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Utbildningar som är genomförda bedöms ge verksamheten jämn kunskap/kompetensbas. Medarbetare har under året gått utbildningar inom dokumentation, nutrition enligt FAMM koncept, sår utbildning, inkontinens, Silviahemmets recertifiering inom demensvård, arbetsledarakademien och reflektion handledare via Silviahemmet. Vårdbiträde har blivit erbjudna läsa till undersköterska och påbörjat utbildningen.

Registrering i BPSD har fortsatta effekter i att tydliggöra sambanden mellan symtom och planerade åtgärder vilket även har förbättrat personcenterat förhållningssätt och samverkan.

Samtliga boende har fått läkemedelsgenomgång(ar). Apotekskontollen visar god och säker läkemedelshantering.

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

Införande av NPÖ gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården har inte genomförts under 2017. Ärendet är lämnat till Inera som koordinerar och utvecklar digitala tjänster i samverkan med landsting, regioner och kommuner.

Förberedelsearbete och utbildning inför implementering av ICF/KVÅ i den nya HSL-modulen har pågått under 2017.

Dokumentationsstruktur byttes i december till Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och kodning enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Legitimerad personal har övergått från att dokumentera i VIPS vilket inneburit en ny struktur och nytt sätt att tänka. Vilken påverkan på dokumentationen detta haft ska utvärderas under 2018.



---

Vi har identifierat risker gällande dokumentation i nya HSL-modulen Pulsen Combine och upprättat en handlingsplan hur vi arbetar med riskerna (utbildning, dokumentation stöd, avvikelshantering och uppföljning) och det finns en kravspecifikation för legitimerad personal för att kunna använda datajournalssystem korrekt samt stödja nya arbetssätt utifrån patientsäkerheten.

Skydds- och begränsningsåtgärder journalförs och följs upp i den nya HSL-modulen.

### **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.

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

Säkerhetskulturen ska präglas av lärande, kollegial utbyte och öppen dialog.

Vi fortsätter kvalitetssäkra vården, förebygga vårdskador och använda kvalitetsregister (Svenska Palliativregistret, Senior Alert, BPSD) för att följa upp helheten.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler följs upp genom egna kontroller och punktprevalensmätning.

Uppföljning av användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

Förbättra det teambaserade arbetssätt gällande fallolyckor samt förebyggande arbete.

Uppföljning av den implementerade HSL modulen i Pulsen Combine och dokumentation enligt ICF/KVÅ.

Utbildningsinsatser inom första hjälpen, diabetes, palliativa ombud och hygien.

Kvalitetsarbete för att säkerställa delegeringsprocessen.

Kvalitetssäkra vården inom nutrition och inkontinens.

Inväntar start av utvecklingsarbete NPÖ (nationell patient översikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården.