



HYLTE
Omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Dnr 2019 ON0061

Innehåll

.....	1
Patientsäkerhetsberättelse	1
Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier 2019	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	9
Egenkontroll.....	10
Hälso- och sjukvårdens mål och handlingsplan 2019.....	11
Internkontrollplan.....	14
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
Riskanalys	16
Utredning av händelser - vårdskador	17
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS- Egenkontroll och Mål och Handlingsplan	18
Kompetensförsörjning, leg personal	18
Kompetensutveckling.....	18
Uppföljning av rapporteringsskyldigheten	18
Kollegial journalgranskning	19
Följsamhet till hygienregler	19
Olämpliga läkemedel och 3 eller fler psykofarmaka.....	21
Säker delegeringsprocess	21
Vårdrelaterade infektioner	21
Trycksår	21
Palliativ vård	21
Nutrition – nattfasta	23
Läkemedelshantering/IRP	24
Inkontinensvård.....	25
Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert	25
Nutrition.....	26
Förskrivningsprocessen- MTP, nutritionsprodukter, skyddsåtgärder, inkontinenshjälpmedel	26
Mätning av antal fotbedömningar	26
Så tycker äldre om äldreomsorgen	26
Mätning SäBo – ssk tillgänglighet	26
Genus perspektiv.....	26
Kostnader HSV	27

Kunskap om våld i nära relationer	27
Inskrivningsamtal och delaktighet vid upprättande av vård/rehabplaner	27
Granskning av läkemedelsförråd.....	28
Avvikelser	30
Klagomål och synpunkter	31
Händelser och vårdskador	31
Risikanalys	32
Mål och strategier för kommande år	32

Sammanfattning

2019 har dominerats av en stor ambition att driva kvalitetsarbetet framåt. Någon kontroll av måluppfyllelse avseende inskrivningssamtal gjordes inte men ambitionen att öka kvaliteten gör att arbetet kommer att fortsätta under 2020. Viljan och intresset fick också verksamheten att planera stort för egenkontroll och utvecklingsarbete, vilket har resulterat i lite övertro till verksamhetens kapacitet och allt har inte kunnat genomföras. Därför planeras lite färre uppgifter för kommande år för att ha en rimlig möjlighet att klara av det.

Den största satsningen har varit införandet av APPVA- digital signering av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser. Det har inneburit merarbete i början men också möjlighet att följa verksamhetens kvalitet och rikta åtgärder där det behövs. Utveckling av verksamheten kommer att ske med hjälp av APPVA de kommande åren och den typen av digitalisering kommer att utvecklas brett både inom vård och omsorg.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Övergripande mål och strategier 2019

Verksamhetens framtagna mål för 2019 var följande:

Övergripande mål

- Alla nyinskrivna patienter ska erbjudas ett inskrivningssamtal
- Delegeringsprocessen ska vara säker
- Läkemedelsprocessen ska vara säker
- Rehabiliteringsprocessen ska vara säker
- Förhindra uppkomst av fotsår hos patienter med diabetes
- God inkontinensvård
- Processen för avvikelshantering ska förbättras för ökat lärande i verksamheterna
- Revideringen av Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara klar under 2019

Övergripande strategier

- Rutiner för inskrivningssamtal ska tas fram och implementeras
- Ny rutin och arbetssätt i delegeringsprocessen ska implementeras
- Genom projektet Digga Halland ska signerings- app införas för att säkra utförandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder (läkemedel, rehabilitering/träning)
- Patienter med diabetes ska få en enkel fotundersökning utförd minst 1 gång/år. Undersökningen ska dokumenteras i patientens journal.
- Alla omsorgstagare i omsorgskontorets verksamheter ska:
 - vid behov dygnet runt, få hjälp med att besöka toaletten utifrån sina individuella behov
 - vid urinläckage, erbjudas basal inkontinensutredning med hjälp av TENA-identifi
 - vid behov, få individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel
- Uppdaterat IT-system för avvikelshantering installeras under våren 2019. Nytt metodstöd ska tas fram och implementeras i enhetschefgruppen för en mer kvalitativ hantering av avvikelser.
- Arbetet med att revidera omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fortsätter under 2019 med bl a processkartläggningar, utbildningar mm

Organisation och ansvar

Omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) tillgodoses. Omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för patientsäkerheten i verksamheterna.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL är omsorgschefen. Omsorgschefen har därför det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården och för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom omsorgsnämndens verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt 11 kap. 4 § HSL har tillsammans med omsorgsnämnden och verksamhetschefen det medicinska ledningsansvaret. MAS ansvarar för att det finns system för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen, PDL (SFS 2008:355) och att delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten (4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen, SFS 2017:80)

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschefens och MAS ansvar, frantar inte andra befattningshavare deras ansvar.

Verksamhetschef och MAS har tillsammans det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Enhetscheferna ansvarar för att fastställda instruktioner och rutiner är kända och följs av alla medarbetare och att nya medarbetare får den introduktion som krävs, för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt. I enhetscheferna ansvar ingår också att se till, att resursanvändning och bemanning är optimal för att kunna uppnå en god och säker vård och omsorg.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att rapportera risker och avvikelser.

Omsorgspersonal med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför sådana uppgifter. De har skyldighet att följa de instruktioner och rutiner som styr den kommunala hälso- och sjukvården. Omsorgs-

personalen ska också aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och avvikelser.

I övrigt räknas deras arbete som socialtjänst.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Legitimerad personal samverkar varje vecka med vårdcentralens personal. Då medverkar även omsorgshandläggare. Syftet är att kunna erbjuda en tvärprofessionell vård och omsorg och att inga behov ska missas eller falla mellan stolarna.

Vidare samverkar legitimerad personal med omsorgsenheterna, framför allt för att tillsammans arbeta förebyggande mot undernäring, fall och trycksår, men också för att följa upp det dagliga arbetet.

Hylte kommun samverkar på övergripande nivå genom att medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Halland regelbundet träffas och genom den regionala patientsäkerhetsgruppen ta upp och ta fram övergripande rutiner.

Det finns också en regional stödstruktur som samtliga kommuner och regionen deltar i. Denna består av flera olika områden, däribland socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård.

Patienters och närståendes delaktighet

Hälso och sjukvårdsorganisationen ska göra patienter och när det är möjligt även närstående möjlighet att delta i planeringen av vården. Det gäller också att patienten själv ges möjlighet att ansvara för de delar patienten har möjlighet att ansvara för. Denna delaktighet samt patientens inställning till vården ska dokumenteras i journal.

I samband med att avvikelser bör också patienten beredas möjlighet att yttra sig, ta del av informationen och påverka eventuella åtgärder, när så är rimligt och möjligt.

Vid händelser med risk för allvarlig vårdskada eller vid inträffad allvarlig vårdskada kontaktas patient/närstående för att ge dem möjlighet att yttra sig om händelsen och lämna förslag på åtgärder för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året varit inbjuden till sammanträden med Kommunala pensionärsrådet.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Samtliga medarbetare i vård och omsorg har en skyldighet att avvikelserapportera samtliga avvikelser. Det sker i ett digitalt system. Närmaste chef ansvarar för att utreda händelserna och att planera och verkställa eventuella åtgärder. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att utreda och rapportera allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador till IVO, inspektionen för vård och omsorg.

Varje omsorgsenhet sammanställer de avvikelser som uppstått i verksamheten och analyserar sammanställningen tillsammans med legitimerad personal.

Varje enhet ska tvärprofessionellt analysera sammanställningar av de avvikelser som uppkommit på enheten. Det sker på sk VOP-vård- och omsorgsplaneringsmöten.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål kan lämnas på kommunens hemsida, på en särskild blankett, via e-post, brev, telefonsamtal eller personligt besök. Inkomna klagomål och synpunkter skickas vidare till berörd chef som besvarar och återkopplar, om så önskas, till den som lämnat synpunkten.

Inkomna klagomål som berör hälso- och sjukvård frågor från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, IVO utreds av närmaste chef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är vid behov delaktig och granskande.

Egenkontroll

Process	Vad ska kontrolleras?	Hur sker kontrollen?	Av vem?	Till vem?	När?	Uppföljning
Kunskapsbaserad	<ol style="list-style-type: none"> Kompetensförsörjning, leg personal Kompetensutveckling Uppföljning av rapporterings-skyldigheten 	<ol style="list-style-type: none"> Rapportering Uppföljning utbildningar Statistik avvikelser 	<ol style="list-style-type: none"> EC leg personal EC MAS 	MAS	2 ggr/år	Till omsorgsnämnden i halvårsrapport I PSB
Säker	<ol style="list-style-type: none"> Kollegial journalgranskning (ev MJG) Följsamhet till hygienregler Olämpliga läkemedel 3 eller fler psykofarmaka Säker delegeringsprocess Vårdrelaterade infektioner Trycksår Palliativ vård Nutrition – nattfasta Läkemedels- hantering/IRP Inkontinens- vård 	<ol style="list-style-type: none"> enl granskningssmal I PPM Öppna jämförelser, Kolada Öppna jämförelser, Kolada Signerade delegeringar PPM - HALT samt avvikelser PPM – Trycksår samt avvikelser Journaldokumentation NVP, Palliativ regel PPM-nattfasta Uppgifter för signeringsapp/avvikelse TENA ident 	<ol style="list-style-type: none"> Granskningsgrupp leg personal EC + Medarbetare i vård/omsorg EC + ssk-team –analys och bedömn EC + ssk-team –analys och bedömn EC ssk + AO + OF för analys och bedömn. 6-11. MAS 	<ol style="list-style-type: none"> EC leg personal, MAS MAS EC för analys och bedömn - MAS 4-11. MAS för överg. analys och bedömn. 	<ol style="list-style-type: none"> 4 ggr/år 2 ggr/år 2 ggr/år 	Till omsorgsnämnden i halvårs- /tertiärrapport Årligen i PSB
Individanpassad	<ol style="list-style-type: none"> Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert Nutrition Förskrivningsprocessen: MTP, nutritionsprodukter, 	<ol style="list-style-type: none"> Uppgifterna tas från Senior Alert PPM nattfasta Journalgranskning Journalgranskning 	<ol style="list-style-type: none"> MAS MAS Granskningsgrupp leg personal Granskningsgrupp leg personal 	1-4. MAS för överg. analys och bedömn	2 ggr/år	Till omsorgsnämnden i halvårsrapport I PSB

	skyddsåtgärder inkontinens- hjälpmedel 4. Mätning av antal fotbedömn.					
Tillgänglig	Mätning SäBo – ssk tillgänglighet	Vad tycker de äldre...? Avvikelse- rap- porter	Kvalitetsutveck- lare/MAS	MAS	1 gång/ år	I PSB
Jämlik	Genus perspektiv	Vad tycker de äldre/kolada Senior Alert Avvikelser	MAS	MAS	2 ggr/år	Till omsorgsnämnd halvårsrapport. I PSB
Effektiv	Kostnader HSV	Ekonomisk uppföljning	EC	Om- sorgsc hef	2 ggr/år	Delårsbokslut Bokslut

Hälso- och sjukvårdens mål och handlingsplan 2019

Omsorgsnämndens serviceåtaganden

Vården ska ges med respekt, ett gott bemötande och med lyhördhet för individens specifika behov. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till hen. Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

Mål	Delmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Vi ska bemöta patienter, deras anhöriga/närstående med respekt utifrån deras unika behov.	Arbeta för att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Alla nyinskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska erbjudas inskrivnings-samtal. Vid behov och efter samtycke, kan anhöriga bjudas in att delta	Implementera rutiner för inskrivningssamtal Patienterna ska så långt som möjligt göras delaktiga i upprättandet av individuell vård- eller rehabiliteringsplan	Enhetschef HSL, legitimerad personal, Medicinska ansvarig ssk	Enhetschef HSL	2020	Maj 2020 på APT Journalgranskning	Inom befintlig ram

Patientsäkerhet

Patienterna ska inte drabbas av undvikbara vårdskador. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Avvikelser och risker i vården ska rapporteras och följas upp.

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Delegeringsprocessen ska vara säker	Alla delegeringar är signerade.	Följa rutinerna för delegeringsprocessen	Leg personal, omsorgsassistenten och enhetschefer	Leg personal Enhetschef HSV	2019	Kontroll av signering av delegeringar 4 ggr/år Redovisas i PSB ¹	Inom befintlig ram
Läkemedelsprocessen ska vara säker. Patienterna ska få rätt läkemedel, vid rätt tid och på rätt sätt	Minska antalet avvikelserna vid läkemedelshandling.	Signerings-app	Leg personal, omsorgsassistenten och enhetschefer	Leg personal Enhetschef HSV	2019	Kontroll av utförda = överlämnade läkemedel 4 ggr/år Redovisas i PSB	Kostnad för leasing och support av signerings-app Inom befintlig ram
Rehabiliteringsprocessen ska vara säker. Patienterna ska få ordinerad rehabilitering och träning	Öka genomförda rehabiliterande insatser	Signerings-app	Leg personal, omsorgsassistenten och enhetschefer	Leg personal Enhetschef HSV	2019	Kontroll av utförda = signerade åtgärder 4 ggr/år Redovisas i PSB	Kostnad för leasing och support av signerings-app Inom befintlig ram
Avvikelser används i det systematiska kvalitetsarbetet för att uppnå kvalitetsförbättringar.	Avvikelsehanteringen ska vara systematisk och följa lokala instruktioner och rutiner	Händelseanalys och dialog av inrapporterade avvikelser tas upp på APT var 3:e månad Vid behov upprättas handlingsplan	Enhetschef HSL Leg. personal	Enhetschef HSL	2019	Redovisning av avvikelser i PSB	Inom befintlig ram

¹ PSB = Patientsäkerhetsberättelsen

God vård i livets slutskede

Vård i livets slut är centralt i palliativ vård och innebär lindrande vård för den döende människan.

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidsplan	Uppföljning	Ekonomi
God kvalitet vid vård i livets slut	Patienten och närstående upplever värdighet och kvalitet vid vård i livets slut	Implementering av instruktioner för NVP	Enhetschef HSV Leg.personal	Enhetschef för sjukskötersketeamet	2019	Uppföljning via Palliativregistret. Journalgranskning Redovisas i PSB	

Hälsofrämjande arbetssätt

Hälso- och sjukvården, inklusive hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov. Det innebär att lagstiftning, nationella riktlinjer samt lokalt antagna instruktioner och rutiner följs.

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samarbete	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Alla patienter (≥ 65 år) ska få riskbedömning gjord vid inskrivning i kommunal hemsjukvård och på särskilt boende och minst var 6:e månad.	Verksamheterna ska prestera bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och olika nationella jämförelser	Processkartläggning för att säkerställa arbetssätt och ansvarsfördelning i teamet. Riskbedömningar och preventiva åtgärder utifrån den enskilda patientens behov	Leg personal, enhetschef och omsorgsassistent	Enhetschef	2019	Uppföljning via kvalitetsregistret Senior Alert och nationella jämförelser Redovisas i PSB	

Dokumentation

Patientjournalen ska spegla innehållet i de olika stegen i vård- och rehabiliteringsprocessen; bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Dokumentationen ska tillgodose patientsäkerheten och vara av god kvalitet	Dokumentationen i patientjournalen följer PDL.	Upprätta och implementera rutiner för lärande journalgranskning.	Enhetschef HSV, leg personal	Enhetschef HSV MAS	2019	Journalgranskning Redovisas i PSB	Inom befintlig ram

Våld i nära relation

Vårdgivaren bör se till att personalen i hälso- och sjukvårdens [...] har kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård samt har förmågan att omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet. (SOSFS 2014:4)

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Våld i nära relationer ska kunna identifieras	Leg. personal ska ha kunskap om riskbruk, missbruk och våld i nära relationer	Kompetensutveckling	Enhetschef legitimerad personal	Enhetschef HSV	kontinuerligt	Årligen dialog på APT. Redovisas i bokslut	Inom befintlig ram

Diabetes – Välbefinnande och god livskvalitet

Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikation vid diabetes. Vårdprogram äldre med diabetes

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-689-6.pdf?issuusi=ignore> <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-036-8.pdf?issuusi=ignore>

Mål	Verksamhetsmål	Metod	Samverkan	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning	Ekonomi
Förhindra uppkomsten av fotsår som kan leda till amputation.	Patienter med diabetes ska få enkel fotundersökning utförd minst 1 gång/år	Basal fotundersökning vid diabetes i enlighet med Nationellt vårdprogram Lokal rutin ska upprättas.	Sjuksköterskor, läkare Närsjukvården Omsorgsassistenterna	Enhetschef HSV MAS			

Internkontrollplan

Rutin/process	Kontrollmoment	Risikvärde	Kontrollansvar	Kontrollmetod	Acceptabel avvikelser	Frekvens	Rapport till
Rekrytering	Antal vakanta tjänster som inte kunnat tillsättas. Anställning av medarbetare utan relevant kompetens	5	Kontorschef	Enhetschefer rapporterar till kontorschef som sammanställer och redovisar i delårs- och bokslut	0-15 %	Jan, aug	KF och ON.

Verkställighet vid beslut om bostad med särskild service	Antal ej verkställda beslut	5	Kvalitetsutvecklare	Rapportering om ej verkställda beslut till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).	0-5 % av totalt antal beslut om bostad med särskild service	Kvartalsvis	IVO, ON.
Föreskrifter om basala hygienrutiner (SOSFS 2015:10). *	Följsamhetsmätning	4	MAS	Punktprevalensmätning	0%	två ggr/år	ON
Föreskrifter om förebyggande och behandling av undernäring (SOSFS 2014:10). *	Nattfastemätning, Trycksårsmätning	4	MAS	Punktprevalensmätning	0-10 % andel boende på särskilt boend med nattfasta > 11 timmar och med risk för undernäring (MNA < 11)	två ggr/år	ON

Flertalet punkter i Egenkontrollen och nämndens mål och handlingsplan samt internkontrollplan är desamma.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Beslut om reviderade länsövergripande överenskommelser och samarbetsavtal mellan länets kommuner och Region Halland har fattats av samtliga fullmäktigeförsamlingar under året.

- Samverkansavtal mellan Region Halland och länets kommuner gällande in – och utskrivning av patienter från slutenvården utvärderats och bearbetats
- Reviderad överenskommelse om hemsjukvård

Några exempel på åtgärder i verksamheterna

- Utveckling av NVP – Nationell vårdplan för palliativ vård
- Inom ramen för Digga Halland, infört av en signeringsapp för läkemedel andra hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Kommun-Rehab har påbörjat ett arbete för att på ett säkrare sätt överlåta hälso- och sjukvårdsinsatser genom delegering.

Risikanalyser

Patientsäkerhetslagen förtydligar vikten av ett förebyggande arbete och inte enbart omhändertagande av redan uppkomna avvikelser.

Syftet med att identifiera de risker som finns i verksamheten är att förebygga vårdskador. Det kräver att alla chefer och medarbetare har ett riskmedvetet förhållningssätt och vet vad som pågår i den egna verksamheten.

Inför förändringar i verksamheten eller vid införande av nya behandlingsmetoder eller arbetssätt som kan komma att påverka patientsäkerheten ska riskbedömning och – analys initieras och genomföras.

Även risk för avvikelser kan rupperteras i verksamhetssystemet för avvikelshantering. Rapporterna utreds då på sedvanligt vis av ansvarig chef och eventuella åtgärder tas fram.

Fortlöpande ska det i verksamheten göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta sker genom teamarbete, statistikuppföljning och riskanalyser inom olika områden.

Inför införande av signerings-app för läkemedel och övriga hälso- och sjukvårdsuppgifter i verksamheterna har en riskanalys genomförts.

Utredning av händelser - vårdskador

Den enda lex Mariautredning som gjorts under året gällde en taklyft där lyftselen släppt från galgen. Efter undersökning av galgen kunde konstateras att det inte fanns några fel på den. Däremot var den tekniska lösningen för säkrandet av lyftskynket onödigt krångligt. Efter kontroll med läkemedelsverket framkom att andra verksamheter också haft problem med denna modell. För att utesluta att fler olyckor ska hända byttes samtliga lyftar av denna modell ut.

Informationssäkerhet

Hylte kommun samarbetar med Region Halland gällande ID-kort för säker autentisering till de digitala verkstyg som används.

Loggkontroller i verksamhetssystemet är genomförda enligt rutin. Ingen otillåten inhämtning av information skett. Ingen anmälan om dataintrång har gjorts.

En mindre brist i APPVA gällande begränsning av behörigheterna har identifierats och rapporterats till APPVA.

Det sker fortfarande en viss eftersläpning av avslut av behörigheter till verksamhetssystemet och till de nationella tjänsterna. Detta betyder att en person kan ha avslutat sin anställning sedan veckor innan ansvarig enhetschef skickar ett uppdrag att behörigheten ska avslutas.

Ingen strukturerad journalgranskning har genomförts men vårdplaner har granskats i samband med avvikelseutredningar och vissa brister har identifierats i hur vårdplaner används för dokumentation.

Den kommande upphandling av verksamhetssystem som ska ske under 2020 har börjat förberedas.

RESULTAT OCH ANALYS- Egenkontroll och Mål och Handlingsplan

Kompetensförsörjning, leg personal

Det är fortfarande svårt att rekrytera legitimerad personal. Vid samtliga anställningar, tillsvidare och vikariat, görs alltid kontroll av yrkeslegitimationen hos Socialstyrelsen.

Kompetensutveckling

Sjuksköterskeorganisationen har genomfört följande fortbildningsinsatser:

Våld i nära relationer, samtliga ssk

HLR, samtliga ssk

De obligatoriska utbildningarna i brand och halkkörning vart tredje år.

4 ssk gått studenthandledning Halmstad Högskola 7.5 p

2 ssk tvådagarskonferens VFU Uppsala.

4 ssk Nationell Vårdplan Palliativ vård 1 dag på Palliativt utvecklingscentrum Lund.

Nyanställda ssk har gått förskrivarutbildning för sjuksköterskor tryckavlastande madraser samt förskrivarutbildning nutrition.

Munhälsobedömning 10 st ssk

Rehaborganisationen har genomfört följande fortbildningsinsatser:

HLR

Halkkörning

Olika Produktvisningar på HMC

Strokecertifiering

Leva och fungera mässa Göteborg

Våld i nära relationer

Föreläsningar om olika personlighetstyper för att förbättra handledning

Brandutbildning

Digitaliseringsutbildning för alla

Uppföljning av rapporteringsskyldigheten

Se avsnitt "Avvikelser".

Kollegial journalgranskning

Rehaborganisationen har gjort lite kollegial granskning under året och funnit att alla dokumenterar olika. Sökord används på olika sätt. Därför har de beslutat att ta fram en mall för dokumentationen.

Följsamhet till hygienregler

Två gånger om året görs följsamhetsmätningar för att bedöma den hygieniska standarden. Detta sker genom att medarbetare antingen observerar varandra i omvårdnadsarbetet eller genom att de skattar sig själva. Självskattning ger i regel ett osäkrare resultat, men det ger underlag för dialog i enhetens förbättringsarbete.

De fyra stegen i basala hygienrutiner består av:

- Sprita händer före
- Sprita händer efter
- Korrekt användning av handskar
- Korrekt användning av plastförkläde

De fyra stegen i klädregler består av:

- Korrekt arbetsdräkt
- Fri från ring, klocka, armband, bandage och stödskena
- Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material
- Kort eller uppsatt hår

För att en observerad eller självskattad personal ska ha korrekt följsamhet till basala hygienrutiner krävs att alla fyra stegen är korrekta. Detsamma gäller för klädregler.

Personalkategori

Namn	Mätning 1, Kommuner 2019		Mätning 2, Kommuner 2019		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
A. Läkare	0	0	0	0	0	0
B. Sjuksköterska	34	18,2	5	5,3	39	13,8
C. Undersköterska	120	64,2	66	69,5	186	66
D. Arbetsterapeut	6	3,2	5	5,3	11	3,9

E. Sjukgymnast	2	1,1	2	2,1	4	1,4
F. Övrig personal	25	13,4	17	17,9	42	14,9
Total	187	100	95	100	282	100

Korrekt förfarande i samtliga fyra steg i basala hygienrutiner

Namn	Mätning 1, Kommuner 2019		Mätning 2, Kommuner 2019		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
A. Ja	133	71,1	72	75,8	205	72,7
B. Nej	54	28,9	23	24,2	77	27,3
Total	187	100	95	100	282	100

Korrekt förfarande i samtliga fyra steg gällande klädregler

Namn	Mätning 1, Kommuner 2019		Mätning 2, Kommuner 2019		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
A. Ja	168	89,8	78	82,1	246	87,2
B. Nej	19	10,2	17	17,9	36	12,8
Total	187	100	95	100	282	100

Vi vet av erfarenhet att basala hygienrutiner kan vara svåra att tolka för att följa på ett korrekt sätt. Därför är följsamhetsmätningarna ett bra underlag för dialog och fortbildning i verksamheterna.

Kraven på korrekt klädsel är tydliga och borde därför vara lätta att uppfylla. Dock visar resultaten att verksamheterna fortfarande har ett arbete framför sig för att nå 100%.

Olämpliga läkemedel och 3 eller fler psykofarmaka

Det finns inga data för dessa indikatorer för 2019 i Halland och Hylte. Vid intresse för frågan hänvisas till Region Halland.

Säker delegeringsprocess

Sedan maj månad har verksamheterna börjat dokumentera utförandet av delegerade insatser i APPVA som är ett digitalt verktyg just för ändamålet. För att säkra att endast behörig personal kommer åt insatserna sker även delegerandet i detta system och delegeringen styr sedan åtkomstbehörigheten. På så sätt är också alltid personal som utför delegerade insatser alltid delegerade för uppgiften.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner, VRI, orsakar ett stort mänskligt lidande för de drabbade patienterna och stora kostnader för samhället.

Merparten av alla patienter med en vårdrelaterad infektion behandlas dessutom med antibiotika, så även ur antibiotikaresistenssynpunkt är det viktigt att minska risken för smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner.

En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg.

Antal registrerade vårdrelaterade infektioner under 2019 var 86.

Föregående år registrerades 68.

Huruvida riskfaktorer har ökat eller minskat finns inga uppgifter om. Ökningen kan betingas av en ökad rapporteringsbenägenhet.

Under augusti månad identifierades ett mindre utbrott av calici, kräksjuka. Genom god planering lyckades utbrottet begränsas fort.

Trycksår

Se avsnitt "Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert".

Palliativ vård

Vid dödsfall registreras data i det nationella registret för palliativ vård. Nedanstående indikatorer används nationellt. Av indikatorerna är det fyra indikatorer som Hylte kommun ansvarar för; mänsklig kontakt i dödsögonblicket, utan trycksår, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan och smärtskattning sista levnadsveckan.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket

Målvärdet är beslutat till 90%. Anledningen är att det inte alltid på förhand är möjligt att veta när dödsfallet kommer att ske. Det händer också att individer inte vill ha någon hos sig. Hylte kommun har dock en mycket hög närvaro på 95,3%.

Utan trycksår

Antal trycksår mäts via kvalitetsregistret Senior Alert. Det händer att individer kommer hem från sjukhus med trycksår och risken för trycksår ökar markant sista tiden i livet på grund av minder rörlighet och sängläge. Alla trycksår innebär ett lidande och det finns alltid anledning att jobba vidare med de förebyggande åtgärder som finns till hjälp. Hylte kommun har en bit kvar för att nå målvärdet på 90%.

Dokumenterad munhälsobedömning sista veckan

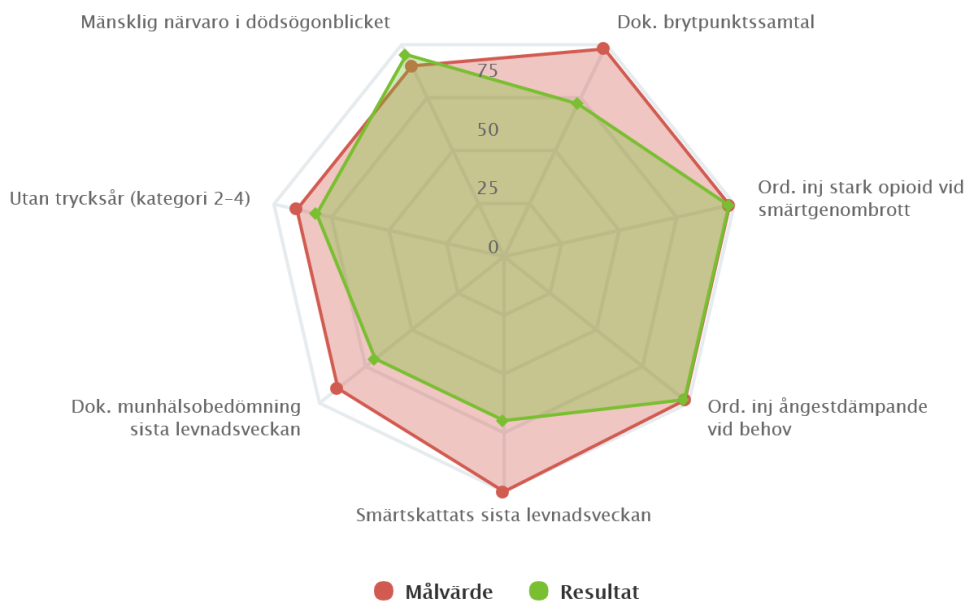
Frågan i enkäten lyder:

"Dokumenterades en bedömning av personens munhälsa någon gång under den sista veckan i livet?"

Den sista tiden i livet är det vanligt att individen andas genom munnen och slemhinnan i munhålan blir då snabbt uttorkad. Genom att aktivt bedöma munhälsan kan munslemhinnan hållas ren och fuktad för att undvika sprickor och smärta. Det är vedertaget att sköta om munhålan vid vård i livets slut men resultaten visar på att det ännu inte blivit rutin att aktivt bedöma och dokumentera munstatus i detta syfte.

Smärtskattning sista levnadsveckan

Smärtskattning är alltid viktigt för att kunna minska en individs lidande. Individens upplevelse av smärta består av flera faktorer och endast individen själv kan bedöma intensiteten. Därför finns det verktyg till hjälp för att på ett mer konkret sätt kunna förstå individens upplevelser. VAS-skattning (visuell analog skala) är en skala där individen själv får bedöma intensiteten på smärtan. Abbey pain scale används när individen inte har möjlighet att själv visa eller uttrycka sin upplevelse. I sjuksköterskans profession ingår att alltid bedöma eventuell upplevelse av smärta. Trots att verktygen funnits tillgängliga länge har det visat sig svårt att dokumentera utifrån skattningsverktygen, utan det sker oftast utifrån den kliniska blicken.



Period 2019-01 - 2020-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	72,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,7
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	97,7
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	69,8
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	69,8
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	81,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	95,3

Nutrition – nattfasta

Socialstyrelsen använder nattfastans längd som en kvalitetsindikator i öppna jämförelser och rekommenderar att nattfastan inte bör överstiga 11 timmar. Denna rekommendation bygger på en spridning av 5-6 måltider över en större del av dagen, som resulterar i en nattfasta på 11 timmar eller mindre. En kort nattfasta ger en större chans för äldre och/eller sjuka i vård och omsorg att få ett fullgott energi- och näringsintag. Det

kan i sin tur bidra till att underlätta sårläkning, förebygga undernäring, minska risken för fall och ge en högre livskvalitet.

MNA- Mini Nutritional Assessment är ett bedömningsinstrument som används för att bedöma en persons eventuella risk för undernäring.

12-14 poäng: Normal nutritionsstatus

8-11 poäng: Risk för undernäring

0-7 poäng: Näringsbrist

Mätning v. 40

Enhet	Snitt Nattfasta Tim/min	Kortaste Tim/min	Längsta Tim/min	Snitt MNA Poäng	Lägsta	Högsta
Långarydsvägen 34		8,30	15,45	11,57	7	14
Realgatan 3 A-C	11,58	5,30	15,30	10,85	5	15 *
Malmagatan 2 NP+ÖP	11,57	4,15	14,45	11,37	9	14
Fredriklundsvägen 9 A+B	12,09 12,51	9,15 10,45	14,45 14,30	10,65 10,00	10 3	14 13

*=felvärde

Inga enheter når ner till 11 timmars nattfasta i genomsnitt. Individernas nattfasta skiftar stort mellan så lite som 4 tim, 15 minuter och 15 timmar och 45 minuter. Sammantaget kan man dock utläsa att det är få individer med riktigt kort nattfasta och det går inte att klart utläsa om det finns något samband mellan en lång nattfasta och ett lågt MNA.

Läkemedelshantering/IRP

IRP står för Individuell Rehabiliterings Plan. Under Maj månad infördes digital signering av delegerad läkemedelshantering samt rehabiliterande insatser. Man vet sedan tidigare att signering och utförande inte alltid varit hundra procentigt men det har varit svårt att följa upp. Med hjälp av det digitala signeringsverktyget är det möjligt att följa insatserna på ett bättre sätt. Det har också inneburit att betydligt fler avvikelser rapporter har upprättats. Se avsnitt "Avvikelse".

Inkontinensvård

Det planerades att införa ett arbetssätt med Tena Identifi som är ett digitalt verktyg för att utreda individers inkontinensproblem. Målet är att kunna utforma inkontinensvården utifrån individens behov, genom att förskriva optimala inkontinensskydd och planera omsorgen på så vis att individens behov av toalettbesök bäst kan tillgodoses. Detta har fått prioriteras bort när bland annat införandet av digital signering, APPVA, infördes,. Dock planeras arbetet återupptas under 2020.

Mätning av riskbedömningar, åtgärder/uppföljning i Senior Alert

Löpande under året samarbetar vård- och omsorgsverksamheterna i det förebyggande arbetet. Samtliga brukare/patienter ska erbjudas riskbedömningar men kan motsätt sig att uppgifterna registreras i Senior Alerts databas. Det är dock den databasen som används för utvärdering av i vilken utsträckning verksamheterna har arbetat med prevention.

		Vårdprevention			
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Hylte kommun	205	90%	87%	94%	80%
Utfall					
Trycksår	BMI <22	Fall	Munhälsa grad 2		
61 42 personer	54 personer	160 62 personer	61 personer		

Av resultaten går att utläsa att av 205 individer har 90% någon risk för undernäring, trycksår, fall eller dålig munhälsa. Det är därför viktigt att både vården och omsorgen arbetar aktivt utifrån sina professioner med att förebygga att dessa risker utvecklas.

Bland de 205 individerna som har en dokumenterad riskbedömning i Senior Alert har 42 personer trycksår, 54 personer har ett BMI mindre än 22, 62 personer har fallit minst en gång och 61 personer har en försämrad munhälsa. Om dessa kan minska i antal kan mycket lidande motverkas. Många gånger händer dessa problem ihop och fler än ett problem förekommer hos en enskild individ.

Nutrition

Se Nutrition-nattfasta

Förskrivningsprocessen- MTP, nutritionsprodukter, skyddsåtgärder, inkontinenshjälpmedel

Ingen egenkontroll är genomförd inom detta område.

Mätning av antal fotbedömningar

Ingen egenkontroll är genomförd inom detta område.

Så tycker äldre om äldreomsorgen

Mätning SäBo – ssk tillgänglighet

	2016	2017	2018	2019
Brugarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	82	81	79	71

Genus perspektiv

Män	2016	2017	2018	2019
Brugarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	92	90	86	83

Kvinnor	2016	2017	2018	2019
Brugarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	78	79	77	66

Totalt har 50 % svarat: vilket motsvarar 45 personer. 71% av dessa var kvinnor, 29% män. 80% är över 80 år gamla.

Kostnader HSV

Redovisning av kostnader sker separat i delårsbokslut och bokslut. Samtliga kommuner för dialog med Regionen om ersättningsnivån för den hemsjukvård som kommunerna utför å Regionens vägnar.

Kunskap om våld i nära relationer

I April och Maj månader genomfördes utbildningar för samtliga sjuksköterskor och några av fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Inskrivningsamtal och delaktighet vid upprättande av vård/rehabplaner

En mall för inskrivningssamtal finns framtagen, men efter implementering önskar medarbetarna vidareutveckla den.

Granskning av läkemedelsförråd

Det kommunala akutläkemedelsförråd som regionen bekostar ska granskas regelbundet av extern granskare. I december månad granskade apotekare, tillsammans med MAS och läkemedelsansvarig sjuksköterska, förrådet på Malmagården.

Vid granskningen tittade vi på det generella läkemedelsförrådet, sjuksköterskornas förvaringsrum och i ett personligt skåp.

Vi diskuterade läkemedelshantering, den lokala instruktionen och vilka författningskrav som finns på dokumentation av läkemedelsordinationer.

Endast ett fåtal förslag till förbättringar kan ges, hanteringen på Malmagården fungerar väl.

Förbättringsförslag avseende	Åtgärd	Ansvarig	Tidplan	Kommentar/Status
Ordination	Se till att läkemedelslistor uppfyller författningskrav.	Vårdgivare (Region Halland)/ läkare		

Förbättringsförslag avseende	Åtgärd	Ansvarig	Tidplan	Kommentar/Status
Förvaring – kylskåp	Märk upp område för förvaring av generella förrådets läkemedel.	Läkemedelsansvarig sjuksköterska		
Förvaring	Läkemedel ska endast användas av den som det förskrivs till – kassera när behov inte längre finns.	Sjuksköterskor		
Förvaring	Kassera lösa tabletter efter 2-3 veckor eftersom det inte finns någon hållbarhetsdokumentation på öppen förvaring.	Sjuksköterskor		

Föregående kvalitetsgranskning

Malmagården granskades i november 2018. Två förbättringsförslag gavs, dessa är åtgärdade – bra jobbat!

Narkotika

Narkotika finns både som personförskriften och i det generella förrådet. Den journalförs och kontrollräknas enligt rutin.

Utförd stickprovskontroll var utan anmärkning.

Avvikelser

Kategori/område	2019	2018
Bemötande	8 varav 4 HSL	14 varav 6 HSL
Brister i vårdkedjan	154 varav 63 HSL	95 varav 50 HSL
Dokumentation	103 varav 57 HSL	17 varav 11 HSL
Fall	805	850
Infektion vårdrelaterad	86	68
Läkemedel feldosering	61	51
Läkemedel förväxling	15	17
Läkemedel saknas	87	56
Läkemedel utebliven dos	539	377
Medicintekniska produkter	34	20
Omvårdnad	132	78
Suicid/försök	2	0
stöld	0	0
Trycksår	24	8
Utebliven behandling HSL	76	17
Utebliven insats SoL/LSS	45	19
Utebliven signering	614	62
Utebliven träning	52	25
Våld mellan boende	18	11

Övergrepp fysiskt	4	8
Övergrepp psykiskt	0	1
Övergrepp sexuellt	0	0
Totalt antal rapporter	3164	2115

Kategorierna används olika av olika medarbetare och blir därför svåranalyserade. Det finns också ett väldigt stort antal kategorier vilket troligen försvårar för användarna i valet av kategori.

Antalet rapporter har ökat markant sedan föregående år. I och med införandet av digital signering av delegerade HSL-insatser synliggjordes bristande signering och det är en stor orsak till det ökade antalet. Det har under senare delen av året förts dialog i verksamheterna hur avvikelser ska rapporteras och utredas vilket också kan bidra till en ökad rapportering. Rehab har börjat avvikelserrapportera för att på så vis påverka till ökad följsamhet.

Avvikelser i vårdkedjan beslutades regionalt att användas för att kunna följa arbetet mot en trygghet och säker utskrivning från slutenvården. Dock kan inte siffrorna i statistiken användas till detta då medarbetare använder denna kategori för många olika sorters brister, även brister i omsorgen. Samtliga avvikelserrapporter som gäller brister vid utskrivning från sjukhus skickas via MAS till sjukhusen. Därför går det att se att det ofta brister gällande begreppet hemgångsklar. Hallands kommuner kommer därför gemensamt att djupare analysera effekten av dessa brister under 2020.

Klagomål och synpunkter

Endast 3 synpunkter har inkommit under året. Det handlar om bemötande mellan personal, ett tack för god omvårdnad samt synpunkter på hur kommunbil stått parkerad. Det har heller inte inkommit något ifrån patientnämnden.

Händelser och vårdskador

En händelse gällande en taklyft är utredd och rapporterad till IVO enligt Lex Maria samt till Läkeemedelsverket. Händelsen ledde till att en viss typ av taklyft byttes ut. Instruktionen och utprovningsprotokollen uppdaterades också i samband med åtgärdandet.

Risikanalyser

Den proaktiva risikanalysen dokumenteras sällan medan den reaktiva risikanalysen är väletablerad och ofta dokumenterad. Vid exempelvis förändringar i verksamheterna ska alltid en riskanalys göras proaktivt. Detta görs troligen också i samband med att man beslutar hur förändringen ska ske. Dock återfinns sällan någon dokumentation av dessa analyser.

Mål och strategier för kommande år

Det främsta målet är att bedriva god och säker vård, vilket också är lagstadgat. All verksamhet är i ständig utveckling och vi måste följa utvecklingen för att se vilka former den tar. Under kommande år planeras följande utvecklingsarbete:

- Byte av journalsystem
Upphandling och förberedelse inför en övergång kräver mycket arbete och planering. Det är viktigt att verksamhetssystemen serverar verksamheten.
- Vidareutveckla mall för inskrivningssamtal.
Ett bra inskrivningssamtal ska vara porten till en god relation och grunden för bra samtal. Sjuksköterskan ska tillsammans med patienten och eventuella närstående planera den framtida vården, hur den ska ges och av vem. Ett bra stöd för ett gott samtal kan ge sjuksköterskan bättre förutsättningar att förstå patienten och patientens behov.
- NVP- Nationell vårdplan för palliativ vård
Förutsättningarna att kunna ge rätt vård vid rätt tillfälle ökar genom att planera vården. Vid inflytt på särskilt boende ska ett inskrivningssamtal ske och legitimerad personal, tillsammans med patient, ska planera hur vården framgent ska se ut. Genom att upprätta del 2 i NVP tydliggörs behov och önskemål för den fortsatta vården.
Målet är att alla boende på särskilt boende ska ha en upprättad NVP del 2. Verksamheten ska kunna beskriva orsaken till eventuella undantag.
- Att nå 100% smärtskattning sista levnadsveckan

Sjuksköterskans kliniska blick arbetar alltid. Och särskilt i de fall patienten inte själv kan uttrycka sig eller svara på frågor krävs kunskap i att läsa av de tecken som finns i ansikte, kroppshållning och andra uttryck. Dialog ska ske löpande yrkesgruppen. Utvärdering sker genom granskning av palliativregistret om ett år.

Egenkontroll- EC	Internkontrollplan- verktyg. Deltagande och analys av resultat i de nationella och regionala register, en- käter och PPM som Hylte deltar i. Analys ska göras på enhetsnivå och över- gripande utifrån <ol style="list-style-type: none"> 1. Årets resultat 2. Jämförelse med förra året 3. Jämförelse med Halland, Sverige 4. Mål 5. Måluppfyllnad. 	MAS-tillsyn (planerad och på uppkommen an- ledning) <p>Granskningar sker vid utredningar samt i planerad form. En 3-årsplan planeras för hur de olika områdena ska granskas.</p> <p>2020: läkemedel, delegering, dokumentation 2021: god och säker vård, att pat får den vård läkare ordinerat, att leg pers kontaktas när så krävs, 2022: Avvikelse rapportering</p>
Patientsäkerhetsberättelse	Patientsäkerhetsberättelse	ON och patientsäkerhetsberättelse
Rehab-Journalgranskning: April/Oktober mätning av förfluten tid mellan händel- setid och dokumentationstid. Medarb redovisar antal da- gar som förflutit från insats till dokumentation. (Mål: dokumentation samma dag)	PPM- trycksår	<i>dokumentation</i>
Rehab- tillgänglighet: April/Oktober mätning av förfluten tid från inkommet ärende till återkoppling. (Mål: återkoppling inom 2 dagar)	BPSD	<i>delegering</i>
Rehab-Analys avvikel- ser/klagomål:	Basal hygien	<i>Läkemedel</i>

Maj/November Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämndare, antal, behov av åtgärder (Mål: finna förbättringsområden)		
SSK- Analys avvikelser/klagomål: Maj/November Sammanställning av inkomna avvikelser/klagomål, gemensamma nämndare, antal, behov av åtgärder (Mål: finna förbättringsområden)	Palliativa registret	<i>Att pat får den vård läkare förordnat om</i>
SSK- Antal upprättade NVP: Maj/November Antal upprättade NVP del 2 på SäBo (Mål: Alla boende ska ha en upprättad NVP del 2)(kunna beskriva undantagen)	Senior Alert	<i>God och säker vård=vård o rehab</i>
SSK- Dokumenteras efterlevandesamtal December. Kontroll i vårdplan för samtliga avlidna under året. (Mål: 100% dokumenterade)	Så tycker äldre om äldreomsorgen	<i>avvikelse rapportering</i>
		<i>Kontakt med ssk/läk när så krävs</i>