

# Patientsäkerhetsberättelse

2015

Socialförvaltningen 2016-02-18  
Anette Frode, Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
0173-86209  
[anette.frode@osthammar.se](mailto:anette.frode@osthammar.se)

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Övergripande mål och strategier 2015	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning och utvärdering	5
Riktlinjer och rutiner	5
Avvikelse rapportering/synpunkter och klagomålshantering	6
Kvalitetsindikatorer för god vård i livets slut	6
Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen	6
God vård vid demenssjukdom	6
Basala hygienrutiner	6
Journalföring	6
Läkemedel	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalyser	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Sammanställning och analys	9
Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)	10
Fallavvikelse	11
Läkemedelsavvikelse	12
Kvalitetsindikatorer	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

## Sammanfattning

Varje vårdgivare är skyldig att upprätta en patientsäkerhetsberättelse årligen enligt lag. Patientsäkerhetsberättelsen syftar bland annat till att säkerställa att rutiner finns för att identifiera och analysera och vidta åtgärder mot risker i vården, samt ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i verksamheten. Riktlinjer och rutiner ses över och revideras årligen för att åstadkomma detta. Fortbildning samt uppföljning har under året bland annat skett genom granskning inom områdena journaldokumentation genom dokumentationsombudsträff, granskning av läkemedelsförråd och hantering av extern farmaceut, riskbedömningar för trycksår, undernäring fall och ohälsa i munnen utifrån nationella kvalitetsregistret Senior alert, terminsvisa vårdhygienutbildningar. Återrapportering utifrån vårdpreventiva processer i Senior alert samt vård i livets slut utifrån nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativ registret sker kontinuerligt till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är teamträffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser. Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med landstinget och övriga kommuner i länet kring länsgemensamma samverkansrutiner kring in- och utskrivningsprocessen.

## Bakgrund

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar bland annat till att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i vården, hur arbetet för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården fortskrider. Patientsäkerhetsberättelsen ska upprättas senast 1 mars varje år och det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

## Övergripande mål och strategier 2015

- Arbeta för en fortsatt utveckling av avvikelshanteringen, både på enhets- och verksamhetsnivå vid sammanställning och analys.
- Förebygga vårdskador genom att göra riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring för patienter på särskilt boende, korttidsplatser, och ordinärt boende. Riskbedömningen görs enligt Senior Alert. För de med risk ska även åtgärder och uppföljning genomföras. Implementering av riskbedömningsinstrument för munhälsa, ROAG, (Revised Oral Assesment Guide)
- Förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom enligt BPSD (Nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom).
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och eventuellt nya vårdhygienombud, sjuksköterskor samt enhetschefer.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, fokus på ökad smärtskattning, munhälsobedömningar, brytpunktssamtal och injektionsläkemedel vid behov.
- God vård vid demenssjukdom – standardiserat och implementerat arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom dokumentationsombudsträffar samt granskning av loggar.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

Ytterst har Socialnämnden som vårdgivare ansvaret för patientsäkerheten. Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för socialförvaltningen.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschefer med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschefen ska säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Socialchefen och vård- och omsorgschefen har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdslagen. MAS ansvarar på uppdrag av vårdgivaren för att det i samråd med verksamhetschefer eller de som utsetts att biträda verksamhetschefen, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten. MAS har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

Enhetschefer ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och rätt befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det skapas operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

## **Struktur för uppföljning och utvärdering**

### ***Riktlinjer och rutiner***

Övergripande riktlinjer och rutiner anvisar om kvalitet, ansvar och roller. Varje chef ansvarar för att det utifrån dessa upprättas operativa mål och rutiner för genomförande och hur arbetet ska organiseras.

### ***Avvikelse rapportering/synpunkter och klagomålshantering***

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och anmäla allvarliga händelser till Läkemedelsverket och/eller Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Alla avvikelser rapporteras i specifik modul i dokumentationssystemet Procapita. Avvikelse systemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum.

### ***Kvalitetsindikatorer för god vård i livets slut***

Alla dödsfall ska registreras i Svenska palliativregistret Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut.

### ***Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen***

Alla som är inskrivna i hemsjukvården ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert modell så att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen kan förebyggas.

### ***God vård vid demenssjukdom***

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

### ***Basala hygienrutiner***

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Enhetsspecifika rutiner för självskattning 4 gånger per år upprättas vid varje enhet. Utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Hygienronder med hjälp av vårdhygienisk expertis och MAS ska ske kontinuerligt vid särskilt boende, dock minst var fjärde år. Infektionsregistrering utförs på särskilda boenden och redovisas regelbundet till MAS. Resultatet redovisas till vårdhygien sedan september 2015.

### ***Journalföring***

En grupp av dokumentationsombud inom hemsjukvården har träffats under året. Gruppen består av legitimerad personal som tillsammans med verksamhetscheferna och MAS tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Journal- och loggranskning ingår i kvalitetsarbetet.

### ***Läkemedel***

Verksamheterna använder sig av PHASE-20 (PHArmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) eller PHASE-Proxy – skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom vid svår kognitiv svikt innan läkemedelsgenomgång för att patient, personal och läkare ska få en samlad bild av patientens upplevda hälsa inför läkemedelsgenomgång. PHASE-20 /PHASE-Proxy är en symtomskattningsskala som används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, exempelvis biverkningar och interaktionseffekter. Årlig uppföljning av lokala läkemedelsrutiner och läkemedelshantering sker med extern farmaceut.

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

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvården samt lokala rutiner har utförts med hjälp av farmaceut. Skriftlig återrapportering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer.

Fortbildningsmöten mellan hygienombud och Avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Dessa utbildningar genomförs kontinuerligt. I detta ingår skriftlig återrapportering om i vilken omfattning det vidtagits åtgärder utifrån tidigare identifierade brister samt förbättringsområden. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. Under hösten har det också varit hygienronder, tillsammans med vårdhygien på de särskilda boendena och Närvårdsenheten som kommer att avslutas under våren 2016. Protokoll upprättas för att kunna vara ett stöd i det

uppföljande kvalitetsarbete på varje enhet, utifrån de brister som uppmärksammats i samband med hygienronden.

Arbetet för en fortsatt utveckling av avvikelshanteringen, både på enhets- och verksamhetsnivå vid sammanställning och analys har under året skett. Avvikelseprocessen har kartlagts i sina delmoment. Det är tydligare beskrivet med delarna av hanteringen i avvikelseprocessen.

Arbete med fortsatt stöd till verksamheten för att arbeta med vårdpreventivt arbete inom områdena fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen för patienter på särskilt boende, korttidsplatser, och ordinärt boende. Riskbedömningen görs med stöd av det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. För de med risk ska även åtgärder och uppföljning genomföras. Implementering av riskbedömningsinstrument för munhälsa, ROAG, (Revised Oral Assessment Guide) har skett under året, liksom deltagande i punktprevalensmätning (PPM) för trycksår.

Förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2015 har totalt 107 registreringar i registret genomförts.

Under året har dödsfall från vårdenheterna registreras, fortsatt fokus för 2015 var bland annat ökad smärtskattning, munhälsobedömningar, brytpunktssamtal och injektionsläkemedel vid behov utifrån nationella satsningen Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre (Sveriges kommuner och landsting).

Fortsatt granskning och fortbildning inom journaldokumentation genom att en dokumentationsombudsträff genomförts där innehåll analyseras.

Hösten 2015 genomfördes folkhälsomyndighetens nationella mätning (Svenska HALT) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende för äldre och gruppboendestäder. I mätningen deltog 105 kommuner i Sverige. I Östhammars kommun deltog samtliga särskilda boenden omfattande 212 personer varav 3 % (riket totalt 3 %) var antibiotikabehandlade vid mättillfället.

Föreläsning från äldrepsykiatri (akademiska sjukhuset) i "smärta och depression hos äldre" för vård och omsorgspersonal där 248 st. deltog.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

- Kontinuerlig egenkontroll sker genom verksamhetens avvikelssystem
- Egenkontroll av basala hygienrutiner har utförts en gång per kvartal
- Kontinuerlig granskning av Svenska palliativregistrets kvalitetsindikatorer samt återkoppling till verksamheten
- Kontinuerlig granskning av Senior alerts vårdpreventiva process samt återkoppling till verksamheten
- Journalgranskning

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

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län Tjänstemannaberedningen Kommun och Landsting (TKL), består av kommunernas socialchefer och landstingets ledning samt representanter från Regionförbundet, beslutar om de gemensamma dokument som styr samverkan mellan länets kommuner och Landstinget i Uppsala län. Det finns en länsgemensam kvalitetshandbok för de framtagna styrdokumenterna – Vård i Samverkan

(ViS). Dokumenten i kvalitetshandboken reglerar samverkan inom länet, exempel på dokument i den länsgemensamma kvalitetshandboken:

- Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Uppsala län
- Medicinska arbetsuppgifter och basutrustning i kommunal hemsjukvård

I samarbetet med Landstinget i Uppsala län finns en rutin som beskriver hanteringen av avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister ska kunna återrapporteras och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker vid eventuella avvikelser i informationsöverföringen.

Utvecklingsgrupperna arbetar med utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Prator samt för att det finns en riktlinje och övergripande samverkansrutiner för att bland annat säkra och utveckla in- och utskrivning av färdigbehandlade patienter till och från slutenvården.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade för 2013 en överenskommelse som syftar till att sätta de mest sjuka äldre behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. En gemensam handlingsplan inom Uppsala län har tagits fram av representanter från respektive kommun, sluten- och öppenvård inom områdena God vård i livets slutskede, Preventivt arbetssätt, God vård vid demenssjukdom, God läkemedelsbehandling för äldre samt Sammanhållen vård och omsorg (Undvikbar slutenvård och Oplanerad återinskrivning). I Östhammar kommun har den partsammansatta politiska styrgruppen beslutat om en handlingsplan 2015 för det fortsatta närvårdsarbetet. De områden som prioriteras från 2015 är bland annat palliativ vård, demens och rehabiliteringsnivåer.

### **Riskanalys**

Förvaltningsledningen ska initiera och utföra riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar, nya trender eller andra händelser av större betydelse i verksamheterna. Samtliga enheter har ansvar för att riskanalyser genomförs vid allvarliga tillbud och händelser samt vid förändringar av verksamheten eller i samband med komplexa insatser på individnivå.

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

Avvikelsehanteringen ska säkerställa att risker och brister identifieras och åtgärdas. Alla anställda inom socialförvaltningens verksamheter är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och missförhållanden enligt fastställd riktlinje och rutin. Alla avvikelser synpunkter och klagomål skall analyseras vid enheternas tvärprofessionella ärendeträffar där lokal analys och riktade åtgärder vidtas innan avvikelserna kommer till MAS och verksamhetschef för slutgiltig granskning av trender och allvarliga händelser.

### **Klagomål och synpunkter**

Ärenden kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så har ansvarig chef kontakt



med MAS alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren.

### Samverkan med patienter och närstående

Vid allvarliga händelser skall alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras. Närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall individen så önskar/samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. Målsättningen är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling och att de professionella besluten grundar sig på delaktighet i den mån det är möjligt.

### Sammanställning och analys

Avvikelse, anmälningar, klagomål och synpunkter sammanställs och rapporteras kontinuerligt under året till socialnämnden enligt fastställd rutin. Sammanställning av avvikelser återrapporteras, förutom till nämnd, även till verksamheten vid MAS-möten.

### Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

#### Sammanställning av avvikelser för år 2014 och 2015.

Antal avvikelser totalt	2014	2015	Diff
Fall	1023	878	
läkemedel	365	379	
Informationsbrist	4	5	
Hjälpmiddel	7	5	
Tryckskada	4	13	
Bristande dokumentation	3	4	
Utebliven ordination	2	36	
Självmod/självmodsförsök	0	1	
Kost/Nutrition	1	2	
Våld/Övergrepp	10	27	
Bristande omsorg/ej utförd insats	46	21	
Annan	26	21	
Summa:	1491	1392	-6,7%
Vårdkedja till (annan huvudman)	4	37	
Vårdkedja från (annan huvudman)	4	7	

Det som kan konstateras är att antal avvikelser har minskat. Däremot har avvikelser i vårdkedjan ökat till annan huvudman vid jämförelse av 2014 och 2015 års resultat.

## Vårdkedjeavvikelser

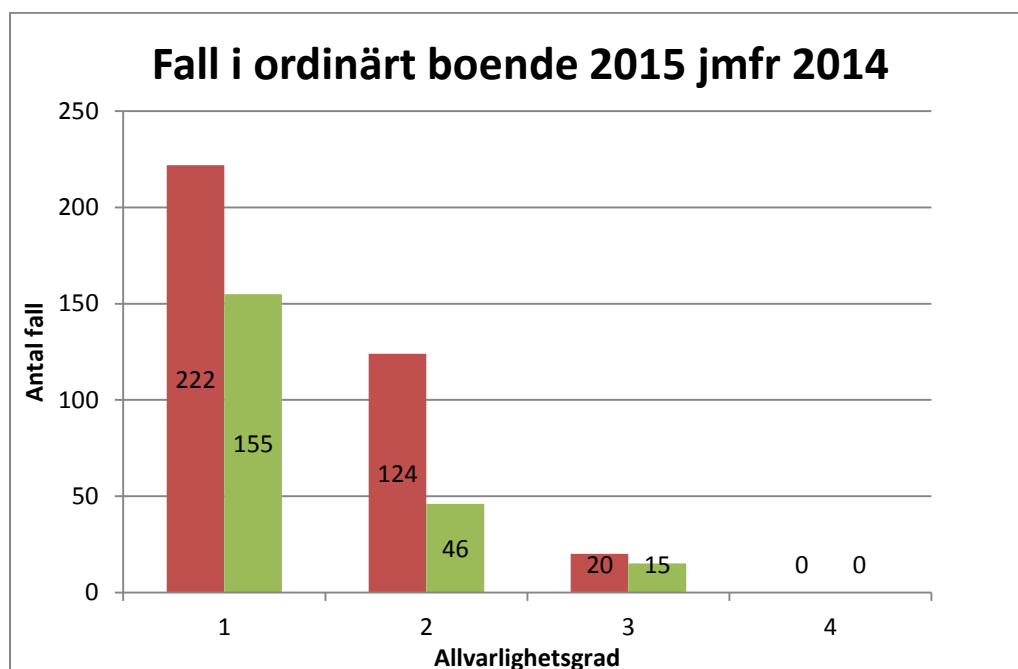
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/landsting) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring och läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvården.

Avvikelser från annan huvudman bestod av brister i informationsöverföringen, rutiner för dokumentation och informationsöverföring har implementerats till berörda.

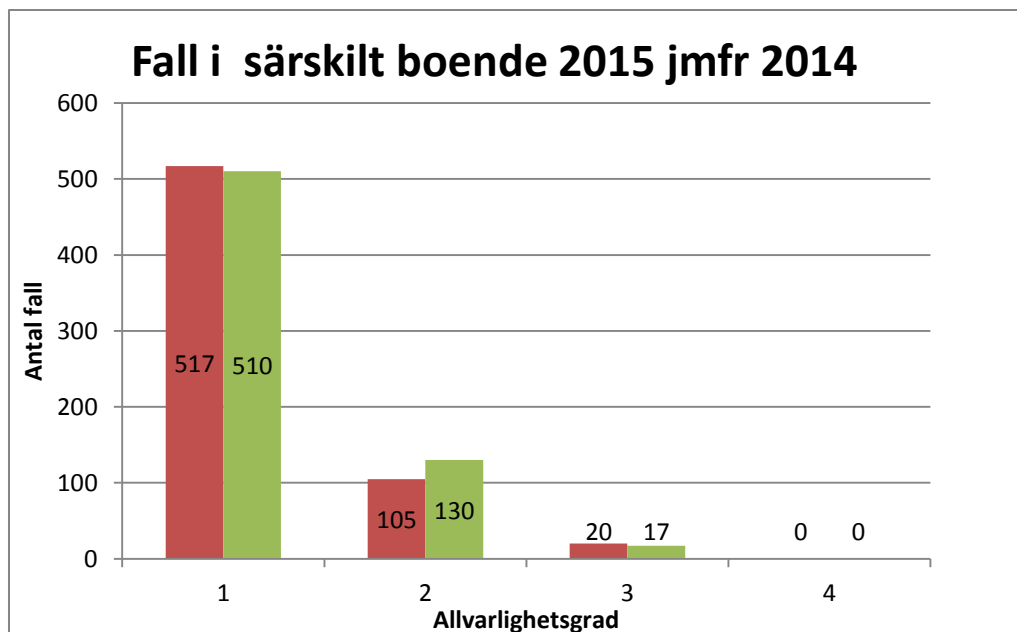
## Fallavvikelser

Sammanställning av rapporterade fall i Procapita (röd 2014, grön 2015).

Fallskador tillhör de vanligaste orsakerna till sjukhusvård. Förutom att fall kan orsaka skador som till exempel frakturer och sårskador, begränsas ofta individer som ramlar ofta, trots att man inte skadar sig. Detta på grund av rädsla för att falla på nytt.



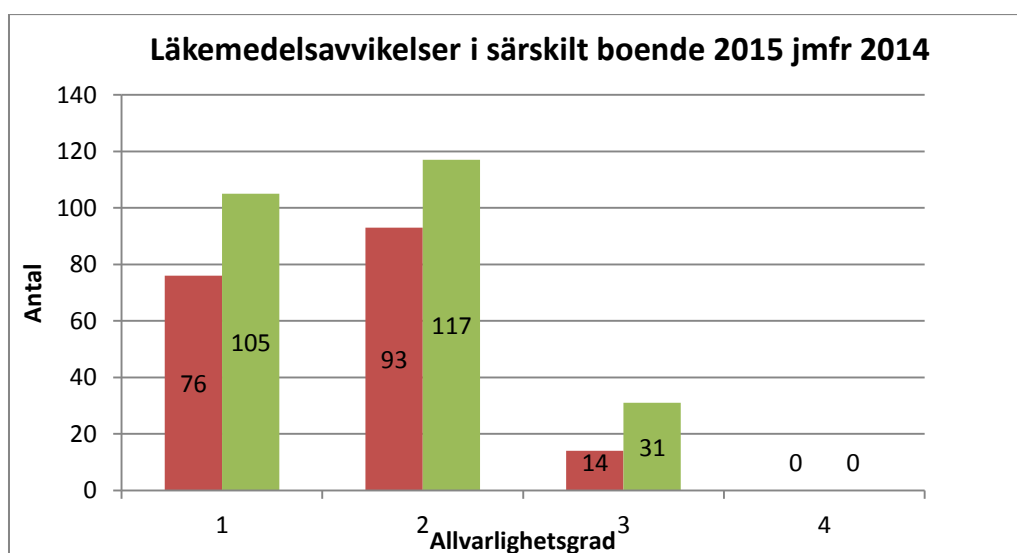
Fallen med allvarlighetsgrad 1 (Ingen skada uppstått) har minskat, liksom de med allvarlighetsgrad 2 (Måttlig skador, ej frakturer), Allvarlighetsgrad 3 (betydande t.ex. skada med sår och fraktur) har också minskat i ordinärt boende. Allvarlighetsgrad 4 (katastrofala, kan leda till döden exempelvis efter fraktur, hjärnblödning) har inte förekommit under året.



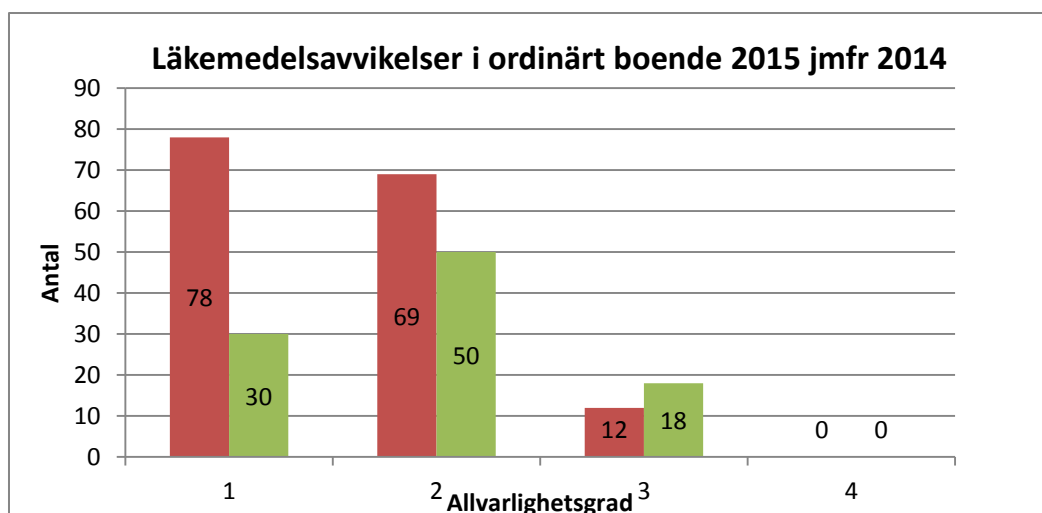
Fallen med allvarlighetsgrad 1 (Ingen skada uppstått) har minskat, de med allvarlighetsgrad 2 (Måttlig skador, ej frakturer) har ökat. Allvarlighetsgrad 3 (betydande till exempel sårskada och fraktur) har minskat i särskilt boende. Allvarlighetsgrad 4 (katastrofala, kan leda till döden exempelvis efter fraktur, hjärnblödning) har inte förekommit under året.

#### **Läkemedelsavvikelser.**

Sammanställning av rapporterade läkemedelsavvikelser i Procapita (röd 2014, grön 2015). Rapporterade avvikelser i läkemedelshanteringen har under år 2015 ökat i särskilt boende. I ordinärt boende har de med allvarlighetsgrad 3 ökat något och de med allvarlighetsgrad 1 och 2 har minskat.



Vanliga avvikelser som rapporteras är utebliven dos (159 av totalt 253 avvikelser för 2015 för särskilt boende). Majoriteten är av ringa eller måttlig betydelse för patienten. De av allvarlighetsgrad 3 (betydande) handlar framför allt om missad dos varan. I samtliga fall bedömer man risken för återupprepande som liten/mycket liten efter återkoppling till berörd personal samt översyn av rutiner.



Vanligaste avvikelserna som rapporteras är utebliven dos (49 av totalt 98 avvikelser för 2015 för ordinärt boende). Majoriteten är av ringa eller måttlig betydelse för patienten. De av allvarlighetsgrad 3 (betydande) handlar framför allt om missad dos varan. I samtliga fall bedömer man risken för återupprepande som liten/mycket liten efter att återkoppling till berörd personal.

### **Anmälningar enligt Lex Maria**

Medicinskt ansvar har under året gjort 1 anmälan enligt Lex Maria till IVO. Utredning har föregåtts av inkommen avvikelse från verksamheten.

### **Kvalitetsindikatorer**

Under 2015 genomfördes 468 riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, samt ohälsa i munnen. Andelen med risk inom respektive område redovisas i antal och procent med 2014 års resultat som referens. Riskområdena är således i ordningen fall, trycksår och undernäring samt ohälsa i munnen. Anmärkningsvärt är att antalet riskbedömningar har minskat, liksom antal/andel planerade åtgärder.

Vårdprevention	2014	2015
Riskbedömningar (RB) totalt	693 (100 %)	468 (100 %)
RB med risk för fall	592 (85 %)	396 (85 %)
Planerade åtg. mot fall	523 (88 %)	337 (85 %)
RB med risk för trycksår	169 (24 %)	119 (25 %)
Planerade åtg. mot trycksår	132 (78 %)	98 (82 %)
RB med risk för undernäring	457 (66 %)	334 (71 %)
Planerade åtgärder mot undernäring	409 (89 %)	279 (84 %)
RB med risk för ohälsa i munnen	70 (10 %)	79 (17 %)
Planerade åtgärder mot ohälsa i munnen	39 (56 %)	32 (41 %)

Sammanställningen av kvalitetsindikatorer ur Svenska Palliativregistret för 2015 i relation till 2014 för särskilt boende och på korttidsplatser. Indikatorerna, som är detsamma som i

överenskommelsen ”Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre”, visar att de flesta indikatorer ligger kvar ungefär lika för 2015 som 2014.

<b>God vård i livets slut</b>	<b>Målvärde</b>	<b>2014 (n=61)</b>	<b>2015 (n=72)</b>
Eftersamtal erbjudet	100 %	92 %	93 %
Läk info till patienten	100 %	72 %	68 %
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100 %	54 %	50 %
Munhälsa bedömd	100 %	80 %	71 %
Avliden utan trycksår	90 %	84 %	83 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	90 %	90 %
Utförd validerad smärtskattning	100 %	26 %	33 %
Lindrad från smärta	100 %	85 %	88 %
Lindrad från illamående	100 %	92 %	92 %
Lindrad från ångest	100 %	84 %	82 %
Lindrad från rosslig andning	100 %	79 %	83 %
Läkarinformation till närstående	100 %	84 %	89 %

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

Fortsatt arbete med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior Alert.

God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. Utbildning för sjuksköterskor och ansvariga för demensboenden i BPSD- registret är inplanerat våren 2016.

Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, sjuksköterskor samt enhetschefer. Uppföljning från hygienronderna som blir färdigt i april 2016.

God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer ska införas under 2016.

Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom dokumentationsombudsträffar. Utveckla arbetet med loggranskning på enheterna.

Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering, samt uppföljning av de lokala granskningsprotokollen från apoteket för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering. Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna doser. Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning kommer att få genomföra en webbutbildning innan delegering för läkemedel och insulin det innebär att lika information ges till all delegerad personal inför den lokalt anpassade informationen i samband med delegering som ges av ansvarig sjuksköterska.