



Patientsäkerhetsberättelse, Ekeby & Paradsängens gruppboheter.

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

28/2 2019. Nina Dahlgren.

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser - vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter	12
Händelser och vårdskador.....	12
Riskanalys.....	12
Mål och strategier för kommande år.....	13

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för ökad patientsäkerhet är:

- Enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare har regelbundet genomfört kontroll av social dokumentation.
- Ansvarig sjuksköterska har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut.
- Genomgång av avvikelser varje vecka vid personalmöten och APT.
- Egenkontroll sker regelbundet. Patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamheten.
- Riskbedömningar har genomförts av kontaktpersoner och sjuksköterska vid behov. När en risk har identifierats har sjuksköterskan upprättat en hälsoplan.
- Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med stödpersoner kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/brukarnas pågående hälso-, och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.
- Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i samråd med psykiatriker på öppenvården i Alvik, och allmänläkare på Hässelby vårdcentral – Flera patienter har under året fått sänkta läkemedelsdoser och årskontroller av psykiatriker och allmänläkare, har skett löpande under året.
- Avvikelse rapporteringen har skett enligt Stockholmstads riktlinjer, under 2018. Medarbetare eller sjuksköterska skriver en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol eller IA.
- På enheterna finns blanketter för synpunkter/klagomål tillgänglig för alla. Möjlighet att vara anonym finns om man vill. En låda att lägga sina synpunkter finns på respektive verksamhet.
- Boendemöte/ husmöte genomförs en gång i veckan, där synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag.

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.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna i verksamhetsplanen för Säteritaket, Paradsängen och Ekeby gruppboende 2019. Verksamheten kommer att fortsätta bedriva en god och säker vård, av god hygienisk standard. Den enskilda skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och ska präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Under 2018 har vi arbetat med följande mål och aktiviteter inom följande område:

Målet för verksamheten har som tidigare år varit att medarbetare skall stödja brukarna i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Brukaren ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje person individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga återinsjuknande med in-läggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus under 2018 är motiverande samtal, som innebär att få brukaren att känna självförtroende och i slutändan få en bättre självkänsla.

Denna metod är en del i psykiatrisk rehabilitering som vi kommer att fortsätta arbeta med under 2019.

All personal är informerade om gällande riktlinjer och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid tillsyn, egenkontroller etc. Sjuksköterskan för HSL journal i VODOK och medarbetare

dokumenterar enligt Sol, i ParaSol. Alla brukare/patienter har en aktuell hälsoplan för att säkra en trygg och säker vård.

Organisation och ansvar

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

Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande. Ansvarig sjuksköterska deltar vid APT och personalmöten och har under 2018 slutfört sin specialist utbildning i psykiatrisk omvårdnad.

Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har gemensamt möte en gång i veckan.

Enhetschefen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande. Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner fastställda av MAS. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till IVO.

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordningen. Genom årlig kartläggning följer MAS upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården och redovisar dessa till verksamhetens ledning.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska även medverka i patientsäkerhetsarbetet och är skyldiga att rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Vi har 24 tillsvidare anställda boendestödjare, som i de flesta fall har mentalskötartutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar

som beteendevetare, behandlingspedagog och undersköterska. I ledningen finns enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare samt sjuksköterska. Flera boendestödjare har specifika ansvarsområden anhängstödjare, kvalitetsombud, friskvårdscoach, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet. Vid personalmöten, APT och planeringsdagar arbetar vi med kvalitetsfrågor. Därutöver har boendestödjarna möten en gång per månad, för att diskutera rutiner, riskanalyser mm.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

I verksamheten ingår tillgång till hälso- och sjukvård av sjuksköterska i verksamheten 40 timmar i veckan. Kvällar, nätter och helgdagar finns jour-sjuksköterska tillgänglig, via Klara Team. 2 samverkansmöten tillsammans med Klara Team och MAS har skett under 2018. Samverkan med Landstingets psykiatri finns och under 2018 har vi haft 22 stycken möten. Överenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Vid 4 tillfällen under 2018 har läkare från vårdcentralen, besökt verksamheten relaterat till somatiska åtgärder. Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdenheten för att erbjuda nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård. Enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska har haft kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det. Kvalitetsråd har under 2018, implementeras, tillsammans med MAS. Omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna hälsoplan skall personal arbeta utifrån. Sjuksköterska-kan följer upp resultat som dokumenteras i journal VODOK. Under året har 21 hälsoplaner upprättats. 6 stycken nya brukare har flyttat in, 5 på Ekeby och 1 på Paradsängen. Samtliga patienter/brukare ska ha hälso-planer, där det finns behov av det. 5 patienter har varit inlagd vid sjukhus för psykiatriskt tillstånd. 4 patienter har varit inlagda på sjukhus för somatiska tillstånd. 5 brukare har träffat Dietist från Team Aktiv, kontinuerligt. Samtliga brukare har blivit erbjudna tandvård under 2018, och Flexident har varit på kontinuerliga besök.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Målet är att samtliga patienter där sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna ska samtlig personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal.

Patienter/brukare ska ges möjlighet att ge synpunkter och delta i patient-säkerhetsarbetet. Brukarna har getts möjlighet att delta vid deras vård-planering samt även anhöriga när samtycke har getts.

Vid behov och/eller enligt önskemål kontaktar sjuksköterska patienter/brukare och närstående

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om Stockholm Stads rutiner för rapportering av avvikelser och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2018.

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker i hälso- och sjukvården. När kunskap om risker finns, ökas även kunskapen om hur dessa kan minimeras och förebyggas. Vid allvarliga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål/synpunkter från patienter/brukare och uppdragsgivare som påvisar brister i verksamheten är en viktig informationskälla för oss för att få vetskap om hur våra tjänster upplevs samt hur vi går vidare med vårt förbättringsarbete.

Klagomål kan tas emot skriftligt och muntligt. Blanketten för klagomålshantering används.

Egenkontroll

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

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	PPM-databasen

Fallrisk	1 gång per år	SFAM (Svensk förening för allmänmedicin)
Munhälsobedömning	2 gånger per år	ROAG
Avvikelser	22 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Medicinteknikutrustning	4 gånger per år	Socialstyrelsen, SOSFS 2008:1
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Samverkan Psykiatri	fortlöpande	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i verksamheten. Regelbundna genomgångar med sjuksköterska och personal gällande brukarnas/patienternas hälsa har genomförts.

Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker och allmänläkare har genomförts under året. Sjuksköterskan har deltagit på alla vårdplaneringar som genomförts under året.

Samtliga medarbetare som har fått delegering, förnyas och ses över en gång per år och alla medarbetare har fått genomgång av Lex Maria och Lex Sarah.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Enhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp. Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Säkerhetsanalys genomförs vid behov inom befintlig verksamhet. Riskanalyser görs när förändringar planeras i verksamheten. Vi har under 2018 gjort riskanalyser både på verksamhetsnivå och på individnivå. Samtliga patienter/brukare har dokumenterade riskbedömningar inom relevanta områden. På verksamhetsnivå har 2 riskbedömningar gjorts utifrån förändringar i verksamheten.

Riskbedömningar görs strukturerat samt vid förändringar i patientens/brukarens hälsa. Dessa görs gemensamt med kontaktperson och sjuksköterska. När risk har identifierats har en hälsoplan upprättats i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan gör fort-

löpande riskbedömningar i VODOK. Som risk för vård skador räknar vi bland annat:

Brister i läkemedelshanteringen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), läkemedelsbehandling och biverkning till följd av läkemedelsbehandling, medicinändringar, försämring i psykiatrisk status, somatisk sjukdom. Följande riskbedömningar kommer att uppdateras under 2019:

Nutrition

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutritionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutritionsbedömning används MNA, Mini Nutritional Assessment.

Trycksår

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning Modifierad Nortonskala ska användas.

Munhälsobedömning ROAG

ROAG står för "Revised Oral Assessment Guide". ROAG är ett bedömningsverktyg för sjukvården, att tillämpas i arbetet med munhälsovård för äldre. Det är ett riskbedömningsverktyg för sjukvårdspersonalen för att i förebyggande syfte kunna göra en typ av bedömning av den orala hälsan hos patienten och erbjuds alla patienter vid inflytt.

Fall

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex.

Nikola

Som del i det hälsofrämjande arbetssättet ska riskbedömning inkontinens göras med bedömningsinstrumentet riskbedömning blåsdysfunktion NIKOLA.

Utredning av händelser – vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

De eventuella händelser som leder till en vård skada utreds i samverkan med MAS och enhetschef på verksamheten. Avvikelse skrivs som skickas vidare till MAS. MAS utreder vidare eventuell vård skada och skickar sedan avvikelsen vidare till den vårdgivare där vård skadan inträffat. Vid behov skickar MAS vidare till IVO. Alla händelser som

inträffat inom verksamheten tas upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar. Vi arbetar kontinuerligt med patientsäkerheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheten följer Socialstyrelsen bestämmelser om informationssäkerhet och informationsöverföring.

Verksamheten följer även Stockholmsstads stadsövergripande policy, avseende skyddade av personuppgifter.

All information gällande journaler och patientuppgifter, förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp. Dessa är endast tillgängliga för ansvarig sjuksköterska.

Beställningar och genomförandeplaner är även dessa inlåsta i brandsäkert arkivskåp, och endast tillgängligt för personal i verksamheten.

Personuppgifter gällande personal är inlåsta i brandsäkra arkivskåp och endast tillgängliga för enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Granskning av journalföring i Vodok av ansvarig sjuksköterska och i Parasol av boendestödjare granskas regelbundet av enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått - För att uppnå målen för 2018 fortsatte arbetet med att göra nya rutiner och ett ledningssystem för verksamheten.

Processmått - Rutiner gällande läkemedel har uppdaterats och utbildningar genomförts.

Resultatmått –

- Tydlig återkoppling gällande avvikelser har medfört högre grad av medvetenhet hos medarbetare om patientsäkerhet.
- Medicinteknisk utrustning går igenom var 4:e vecka av sjuksköterskan.
- Inga vård skador som kan relateras till trycksår eller nutrition har identifierats.
- Basala hygienrutiner och klädrutiner tas upp 4 gånger per år, av sjuksköterskan på personalmöten.
- Norton och Downton riskbedömningar görs 1 gång per år, eller vid behov.

-
- Munhälsobedömning görs av tandhygienist 2 gånger per år, eller vid behov i samråd med sjuksköterskan.

Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Måluppfyllelse	Strategi/måluppfyllelse	Åtgärder
Fokus på dokumentation	Kontinuerlig uppföljning och egenkontroll	Fortlöpande under 2019
Kvalitetsgrupp	Mål uppfyllt	Fortlöpande under 2019
Avvikelser/rutiner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019
Riskanalyser	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019
Vårdplaner/Hälsoplaner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019
Brukarinflytande	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019
Information	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019
Kompetensutveckling	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2019

Avvikelser

- Under året 2018 har 23 läkemedelsavvikelser dokumenterats i avvikelsemodulen i Vodok och har minskat över 50 % jämfört med år 2017.
- Fallavvikelser har däremot ökat från 3 (2017) till 8 fall. I tre av de 8 fall skedde ingen skada, i två av dessa fanns det misstanke om skada och i två av 8 blev det en skada (en fraktur).
 - Två specifika omvårdnadsavvikelser skedde under det gångna året, men inga liknande avvikelser är dokumenterade året innan.

-
- Avvikelser i vårdkedjan, som ofta sker i vårdens övergångar (från slutenvård/sjukhus tillbaka till boendet) var fem som också året innan.

Möjliga orsaker till att läkemedels avvikelser minskat med 50 % är att personalen har genomgått en ny mer strukturerad Delegering, som ska föregås av att personalen genomgår ett kunskapstest på Demenscentrums hemsida, ”Jobba säkert med läkemedel”. För att kunna ta emot delegering krävs ett godkänt resultat.

Avvikelser i vårdkedjan kan förebyggas om alla verksamheter följer gällande rutiner bl.a. för läkemedelshantering (t.ex. att patient får med sig en aktuell läkemedelslista samt läkemedel vid utskrivning från sjukhus), men också om kommunikation mellan olika vårdgivare ökar. Där tar verksamheten hjälp av att använda sig av NPÖ (Nationell Patient Översikt).

Klagomål och synpunkter

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker Alla medarbetare har kunskap om Stockholm Stads rutiner för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelser bedöms allvarlig rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2018. En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering ska utföras beskrivs i den lokala rutinen.

Händelser och vård skador

Inga händelser har under 2018 lett till vård skador.

Mål och strategier för kommande år

- Samverkansträffar mellan ansvarig sjuksköterska och allmänläkare på Hässelby Vårdcentral kommer att ske fortlöpande under 2019.
- Samverkansmöte med öppenvården i Alvik kommer under 2019.
- Samverkansmöte med slutenvårdsavdelning 6, under 2019.
- Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll tre gånger/år.
- Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer ha uppföljningar av dokumentation, möten en gång i månaden.
- Vid olika personalmöten och APT diskuterar vårt förhållnings-sätt till praktiska exempel som exempelvis vid avvikelser och aktuella rutiner.
- Riskanalys på individ och verksamhetsnivå. Vid inkomna avvikelser analysera vad som kan ha bidragit till en avvikande händelse vilket sker vid personalmöten och APT. Vid förändring i verksamhet identifiera risker. Kvalitetsgruppen kommer utveckla en struktur för uppföljning av avvikelser.
- Om/när en patientsäkerhetsrisk identifierats skall det finnas en vårdplan kopplad till risken.
- Öka brukarnas inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturevent som erbjuds.
- Sjuksköterskan har kontinuerlig genomgång och uppföljning av delegeringsbeslut.
- Att medarbetare får nödvändig information som berör boende/patient.
- Öka kompetensen om speciella sjukdomstillstånd till medarbetare.
- Riskbedömningar kommer att uppdateras på samtliga brukare i Vodok under 2019.
- Fortsatt samarbete med Flexident tandvård för samtliga brukare och dietister från Team Aktiv, till de som behöver.

-
- Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare.
 - Implementera hygienronder och hygienombud.