



# Patientsäkerhetsberättelse, Ekeby & Paradsängens gruppboväder.

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

28/2 2020. Nina Dahlgren.

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
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
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>8</b>
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>9</b>
Egenkontroll.....	10
Avvikelser.....	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador.....	11
Riskanalys.....	11
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>11</b>

---

## 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 2019. Medarbetare eller sjuksköterska skriver en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol och/ 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/ hus möte 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 2020. 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 2019 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 inläggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus under 2019 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 2020.

All personal är informerade om lokala rutiner/Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Stockholm stad 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. Sjuksköterskan på Ekeby/Paradsängen har en specialistutbildning i psykiatri. 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. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till IVO.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ska ansvara för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,

samt att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt patientsäkerhetslagen och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

**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. 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 som i de flesta fall har mentalskötartutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar som socionom, behandlingspedagog och undersköterska. Flera medarbetare har specifika ansvarsområden som samordnare, anhörigstödjare, kvalitetsombud, palliativt ombud, friskvårdsscoach, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet, tillsammans med enhetschefen. Vid olika forum tas speciella frågor upp, exempelvis vid personalmöten och APT, två planeringsdagar och boende/husmöten en gång i

---

---

månaden. Vi har en kontinuerlig egenkontroll för att säkra en hög kvalitet i verksamheten.

### **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 Big Care. Big Care tog över jourverksamheten 1 september 2019, efter upphandlingen. Innan Big Care tog över var sjuksköterskejouren från Klara Team. 1 samverkansmöte tillsammans med Big Care och MAS har skett under 2019 samt 1 uppstartsmöte.

Även 1 samverkansmöte samt 1 avslutningsmöte har skett tillsammans med Klara Team och MAS. Vid avslutningsmötet närvarade även Big Care.

Samverkan med Landstingets psykiatri finns och under 2019 har vi haft 12 stycken möten. Överenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Vid 6 tillfällen under 2019 har läkare från vårdcentralen besökt verksamheten relaterat till somatiska åtgärder, då vi har ansvar upp till sjuksköterskenivå. 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 tandvårdsenheten 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.

Omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna hälsoplan skall personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal VODOK. Under året har 6 nya hälsoplaner upprättats. Samtliga patienter/brukare har hälsoplaner, där det finns behov av det. 4 patienter har varit inlagd vid sjukhus för psykiatriskt tillstånd. 6 patienter har varit inlagda på sjukhus för somatiska tillstånd. 3 brukare har träffat dietist från Team aktivt kontinuerligt. Samtliga brukare har blivit erbjudna tandvård under 2019, och Flexident har varit på kontinuerliga besök. En brukare har även haft kontinuerliga hembesök av en sjukgymnast, från Klara Team.

### **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 vårdplanering samt även anhöriga när samtycke har getts.

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

---

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner för hur rapportering av avvikelser ska ske, deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvariga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS.

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 allvariga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser, så som exempelvis utebliven signatur vid administrering av vid behovs läkemedel.

## 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*

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Metod</b>
Trycksår	1 gång per år, eller vid behov.	Norton riskbedömning
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Webb utbildning 1 gång per år, självskattningar och observationer vid behov.
Fallrisk	1 gång per år	Downton riskbedömning

	Samt vid behov/nytt fall	
Munhälsobedömning	1 gång per år, eller vid behov	ROAG munhälsobedömning
Avvikelser	Varje vecka på APT/personalmöte	Avvikelsehanteringssystemet
Medicinteknikutrustning	4 gånger per år	Riktlinjer för medicintekniska produkter, för kommunal regi Stockholmsstad.
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 vård planeringar 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.

### **Risikanalyser**

*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 2019 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 fortlöpande 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. Riskbedömningar i nutrition, trycksår, munhälsa, fall och Nikola, kommer att uppdateras under 2020.

### **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. MAS och MAR ansvarar för att utreda, bedöma och besluta om händelsen ska anmälas till IVO. Om avvikelser handlar om brister i vårdkedjan skickar MAS avvikelser vidare till den vårdgivare det berör. 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.

Regelbundna loggkontroller i journalsystemet Vodok görs av enhetschef.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Strukturmått - För att uppnå målen för 2019 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 4 gånger per år av sjuksköterskan.
- Inga vård skador som kan relateras till trycksår, fall 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.
- Stick prov gjorda av dokumentationen visar en positiv utveckling bland annat gällande synliggörandet av patientens delaktighet och teamarbetet i journalen.

### Egenkontroll

Måluppfyllelse	Strategi/måluppfyllelse	Åtgärder
Fokus på dokumentation	Kontinuerlig uppföljning och egenkontroll	Fortlöpande under 2020
Kvalitetsgrupp	Mål uppfyllt	Fortlöpande under 2020
Avvikelser/rutiner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020
Riskanalyser	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020
Vårdplaner/Hälsoplaner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020
Brukarinflytande	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020
Information	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020
Kompetensutveckling	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2020

### Avvikelser

- Under året 2019 har 12 läkemedelsavvikelser dokumenterats i avvikelsemodulen i Vodok. Minskning över 50 % jämfört med år 2018.

- 
- Fallavvikelser har däremot ökat från åtta (2018) till 20 fall. I 11 av tjugo fall blev det ingen skada, i de övriga fanns det misstanke om skada och/eller att det blev skada.
  - Under det gångna året dokumenterades en avvikelse, som beskriver brister specifik omvårdnad.
  - Inga avvikelser i vårdkedjan, som ofta sker vid vårdens övergångar (från slutenvård/sjukhus tillbaka till boendet).
  - Aktuella avvikelser går igenom varje vecka, på APT/Personalmöte.

En förklaring till att läkemedelsavvikelser har minskat kan vara att för att få en delegering behöver omsorgspersonal genomgå en webbutbildning ”Att jobba säkert med läkemedel” och prov med godkänt resultat. Denna webbutbildning med prov ska sedan årligen göras vid förlängning av delegering. För att få delegering för att administrera insulin krävs genomgång en webbutbildning för insulin samt prov och även det med godkänt resultat. Bakomliggande orsaker till att fallavvikelserna har ökat kan vara att brukarna har blivit äldre.

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 lokala rutiner/Stockholms stads riktlinjer för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelsen 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 2019. En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehantering. 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 avvikelsehantering ska utföras beskrivs i den lokala rutinen.

### **Händelser och vård skador**

Inga händelser har under 2019 lett till vårdskador, lex Sarah eller lex Maria anmälan.

### **Mål och strategier för kommande år**

- 
- Samverkansträffar mellan ansvarig sjuksköterska och allmänläkare på Hässelby Vårdcentral kommer att ske fortlöpande under 2020.
  - Samverkansmöte med öppenvården i Alvik kommer under 2020 planers.
  - Samverkansmöte med slutenvårdsavdelning 6, Capio St Görans sjukhus, under 2020.
  - Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll var tredje månad.
  - Synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen.
  - Riskbedömningar kommer att uppdateras på samtliga brukare i Vodok under 2020.
  - Regelbundna dokumentationsträffar, både i grupp och enskilt.
  - Ha riktade insatser i verksamheten där enskilda användare är i behov av extra stöd för sin dokumentation.
  - Fokus på att fortsätta arbeta för en positiv utveckling av dokumentationen.
  - Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer kontinuerligt ha uppföljningar av dokumentationen.
  - 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 hälsoplan kopplad till risken.
  - Öka brukarnas inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturent 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, genom externa och interna utbildningstillfällen. De interna görs av legitimerad sjuksköterska i verksamheten.
  - 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.
  - Utbildning i basala hygienrutiner för all personal i verksamheten.
-

- 
- Kompetensökning i form av MI utbildning.