



# **Hyllie Park Äldreboende**

## **Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse**

**År 2019**

**Ansvarig för innehållet:**

**Karin Strindlöv Carlsson, Verksamhetschef**

# Innehållsförteckning

|   | <b>Sid</b> |
|---|------------|
| 1. Sammanfattning   | 3          |
| 2. Övergripande mål och strategier                          | 3          |
| 3. Organisatoriskt ansvar                                   | 3          |
| 4. Struktur för uppföljning                                 | 4          |
| 5. Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits | 6          |
| 6. Uppföljning genom egenkontroll                           | 10         |
| 7. Samverkan för att förebygga vårdskador                   | 11         |
| 8. Riskanalys   | 13         |
| 9. Informationssäkerhet                                     | 13         |
| 10. Personalens rapporteringsskyldighet                     | 14         |
| 11. Hantering av klagomål och synpunkter                    | 14         |
| 12. Sammanställning och analys                              | 15         |
| 13. Samverkan med boende och anhöriga                       | 15         |
| 14. Resultat  | 16         |
| 15. Utvärdering övergripande mål 2019                       | 19         |
| 16. Övergripande mål och strategier för 2020                | 19         |

## 1. Sammanfattning

Verksamheten vid Hyllie Park Äldreboende bedrivs med god kvalitet och hög säkerhet. Hyllie Park karakteriseras av goda relationer och en varm och välkomnande atmosfär, med vår drivkraft i den kristna värdegrunden. Vi har höga resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning

Vi arbetar boendefokuserat med ett salutogent förhållningssätt. Vår bemanningstäthet är hög, såväl av legitimerad personal som av vård- och omsorgspersonal. Vi har starkt fokus på den sociala delen och den existentiella hälsan – Att leva hela livet, och har en särskild tjänst som Socialt och Kulturellt ansvarig samordnare.

Anhöriga uppmanas till att vara delaktiga i alla aspekter av den boendes tillvaro.

Utan att ge avkall på krav utifrån Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL), betonar vi att vi arbetar i de äldres hem - de äldre ska inte uppleva att de bor på en arbetsplats.

Vi prioriterar utbildningsinsatser för fortlöpande kompetensutveckling och ökad medvetenhet hos personalen. Vi arbetar kontinuerligt med att skapa, uppdatera och upprätthålla rutiner för rapportering och uppföljning av negativa händelser. Våra grundstrukturer är goda och vi har ett ständigt pågående samtal om förbättringar.

Vi följer upp avvikelser både på individnivå och i grupp. Vi har inte haft några Lex Maria/Lex Sara ärenden under 2019.

Alla boende har aktuella genomförandeplaner och har haft läkemedelsgenomgång. Klagomål har hanterats skyndsamt. Vi har haft personalmöten, sjuksköterskerond och anhörigträffar i enlighet med vårt kvalitetsledningssystem.

## 2. Övergripande mål och strategier

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

Vi har som övergripande mål att varje individ ska få Leva Hela Livet, och vi arbetar på ett särskilt sätt även med den existentiella dimensionen av hälsa.

Mål för vårt hälso- och sjukvårdsarbete är att ge vård av god kvalitet vilket innebär individfokus och en säker, effektiv och jämlik vård.

Vi vill minimera vårdrelaterade skador, minimera risker i arbetet, utbilda personalen och fortsätta utveckla bra rutiner för egenkontroll.

I hela verksamheten utgör den kristna värdegrunden både en bas att stå på och mål att sträva mot.

### **Hyllie parks kärnvärden:**

Hyllie Park är ett Samhällsengagemang på kristen grund, för lärande, växande och omsorg

Genom att vi främjar möten där varje människa är viktig, kan alla bli del av

Ett sammanhang präglat av hjärta och tanke

Nyckelord i vår värdegrund är Gott Bemötande, grundat i Respekt, Lyhördhet och Omtanke

## 3. Organisatoriskt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet *SFS*

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

Det organisatoriska ansvaret är väl beskrivet i verksamhetens kvalitetsledningssystem som arbetats fram under 2019.

**Verksamhetschef** har övergripande ansvar för

Kvalitets- och patient säkerhetsarbetet

Att samverka med myndigheter och tjänstemän

Att rutiner och processer är beskrivna i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete  
Att personalens kompetens upprätthålls genom erforderliga utbildningsinsatser.

**MAS** ansvarar för att

Patienten får en säker och ändamålsenlig sjukvård av god kvalitet.

Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare ordinerat.

Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.

Att det finns ändamålsenliga välfungerande rutiner för: a/läkemedelshantering, b/avvikelsehantering, c/ att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det.

**Legitimerad fysioterapeut** har motsvarande ansvar inom rehabiliteringsområdet. Denne ansvarar också för att all hantering av medicintekniska produkter är säker och ändamålsenlig

**På varje avdelning ansvarar Omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också är Enhetschef**, för att personalen där har nödvändig kompetens för sina arbetsuppgifter, för journaldokumentation, avvikelsehantering och för att basala hygienregler följs. Sjuksköterskan ansvarar för att arbetet utförs evidensbaserat, och att vården så långt som möjligt utformas i samråd med boende och närstående och att de boende visas omtanke, respekt och lyhördhet.

**Alla medarbetare** har ansvar för att följa gällande rutiner, att värdegrunden genomsyrar varje möte med den enskilde, att ge vård med god kvalitet, att följa säkerhetsrutiner och att rapportera tillbud och brister.

**Ledningsgruppen** består av verksamhetschef och sjuksköterskor/enhetschefer, sjukgymnast, Bitr. verksamhetschef/HR-ansvarig, samt Socialt ansvarig samordnare/Kultur- och Måltidschef. Ledningsgruppen möts var fjärde vecka och arbetar kontinuerligt med att utveckla verksamheten.

## 4. Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Avvikelse registreras och behandlas i verksamhetssystemets avvikelsemodul (SafeDoc), enligt riktlinjerna om avvikelsehantering. Rutiner för delegering, läkemedels- och avvikelsehantering är väl kända av personalen och vi har en arbetsplatskultur som är positiv till att skriva avvikelser och att arbeta med uppföljning av dessa. Avvikelse följs upp med varje enskild inblandad person, samt i Avvikelserådet, bestående av MAS, Sjukgymnast samt representanter från varje avdelning/hus och från nattpersonalen. MAS sammankallar till möte på fast tid var fjärde vecka. Avvikelserådet har träffats 10 gånger under 2019.

Rutiner för anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria och för klagomålshantering är väl kända och tydliga.

Omvårdnadsplaner, rehabiliteringsplaner och genomförandeplaner påbörjas inom två veckor från inflyttning. Detta följs upp av verksamhetschef genom journalgranskning efter varje nyinflyttning. Kontaktperson ansvarar för att genomförandeplanen uppdateras tre gånger per år samt vid behov. Vi säkerställer att även rutiner för nattarbetet finns med. Genomförandeplanen förvaras i den boendes lägenhet och anhöriga påminns regelbundet om att informationen är tillgänglig. Uppdatering sker tillsammans med boende, anhöriga och ansvarig sjuksköterska. I januari 2019 deltog all ordinarie vårdpersonal i en heldagsutbildning i Behovsstyrt kontaktmannaskap, med extern kursledare och föreläsare.

Boenderåd med de äldre, husvis, med fokus på mat, aktiviteter och trivsel i allmänhet har genomförts en gång i kvartalet och leds av vår sociala samordnare, som rapporterar i ledningsgruppen.

Rutiner för vård och omsorgsarbetet är välstrukturerade och tydliga. Revision av rutiner och dokument sker årligen.

Vi följer Socialstyrelsens riktlinjer för bedömning av riskfaktorer. Riskbedömning för Nutrition, Munhälsa, Fall och Trycksår genomförs minst tre gånger per år, samt vid behov. Vi rapporterar till flera Nationella Kvalitetsregister, som BPSD, Senior Alert och Palliativa registret.

Sjuksköterska har vård rond med vårdpersonalen i varje hus, varje vecka. Där följs vårdplaner, läkarordinationer och aktuella frågor kring de boende upp. Vård- och omsorgspersonal handleds av legitimerad personal, men handleder också varandra i de dagliga frågor och situationer som uppstår. Medicinsk rond genomförs varje vecka med läkare från vårdcentralen tillsammans med tjänstgörande sjuksköterska, och vid behov är även Fysioterapeut med.

Läkemedelsgenomgång med farmaceut, läkare och sjuksköterska görs för varje boende en gång per år.

Inför övergång till palliativ vård genomförs brytpunktssamtal med läkare och ansvarig sköterska, för att säkerställa optimal läkemedelsbehandling, smärtlindring, ångestdämpning, nutrition och munhälsa, även den sista tiden. Anhöriga kallas till brytpunktssamtalen för att möjliggöra delaktighet, och ökad förståelse om förväntat förlopp samt ges stöd i rollen som närstående.

Hyllie Park Äldreboende genomför årligen egna enkätundersökningar för aktuella frågor, riktad till boende och deras närstående. Under 2019 gjordes egna undersökningar av hur maten och måltiderna upplevs av boende.

Vi uppmuntrar också till medverkan i socialstyrelsens årliga enkät, och följer upp resultaten av dessa.

Vi har under året haft Gemensamma Boenderåd för boende och deras närstående vid två tillfällen. Dessutom har Nyhetsbrev, ofta illustrerade med foton från verksamheten skickats per mail till närstående och i pappersutskrift till alla boende för större insyn och delaktighet.

Vi anlitar extern hjälp för genomgång av MTP en gång per år och gör dessutom egenkontroll av alla hjälpmedel tre gånger per år med hjälp av checklista.

IVO gjorde i maj 2019 en tillsyn avseende välfärdsteknik och digitalisering i äldreomsorgen. I analys och kommentar efterfrågades mer avvikelserapportering på välfärdsteknik samt en nedskrivna strategisk plan för välfärdsteknik.

I december 2019 gjorde Kommunförbundet en första avtalsuppföljning på plats. Man påtalade att Ledningssystemet ännu inte var fastställt, och påskyndade på så vis den processen.

All personal på varje avdelning har Arbetsplatsträff (APT) var fjärde vecka. Enhetschefen leder mötet, verksamhetschef deltar i upprättande av dagordning samt närvarar emellanåt vid del av mötet. Systematiskt arbetsmiljöarbete, vårt kvalitetsarbete (uppföljning av avvikelserapporter och klagomål), värdegrundsarbete samt rutiner och strukturer för vårt arbete, finns alltid med på dagordningen.

## 5. Hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### Avvikelser

Avvikelsehanteringen är grunden i vårt Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Vid varje möte med Avvikelserådet diskuteras föregående månads avvikelser, åtgärder föreslås, och rutiner uppdateras vid behov. Återkoppling sker kontinuerligt ut i verksamheten, som tidigare beskrivits.

### Kompetenssäkring

Ny personal har introduktion med bredvidgång med ordinarie personal. Vid introduktion följs en detaljerad checklista.

MAS ansvarar för att varje år upprätta en särskild utbildningsplan för årets internutbildning. Varje utbildning upprepas vid två tillfällen, för att så många medarbetare som möjligt ska kunna delta. Internutbildningen hålls regelbundet samma veckodag och vid samma tidpunkt tre veckor av fyra. Var fjärde vecka utgår internutbildningen på grund av APT.

Utöver vår egen internutbildning erbjuds medarbetare delta i externt anordnade utbildningar utifrån aktuella behov och individuell kompetensutvecklingsplan.

Inför sommaren genomfördes gemensamma introduktionsdagar för sommarvikarier.

Vårt arbete med värdegrunden börjar redan vid rekrytering och nyanställning, och aktualiseras dagligen i samband med morgonrapport och gemensam avstämning inför varje ny arbetsdag. Vi strävar efter att våra värderingar ska genomsyra varje personligt möte, samt personalmöten, internutbildningar, handledning, rutiner och veckoinformation.

I december 2019 genomfördes Värdegrundsseminarier med workshops, som upprepades två hela eftermiddagar i följd, så att all personal, även de vikarier som arbetar mycket hos oss, skulle kunna delta. Hyllie Park kyrkans omsorgspastor, som också är samtalsterapeut ledde samlingarna, hela ledningsgruppen deltog vid samtliga tillfällen. Samlingarna avslutades med gemensamt julbord med personal från övriga verksamheter på området

### ADL checklistor

Vi har fortsatt arbetat med checklistor med signering för ADL insatser enligt genomförandeplan. Kontaktpersonen ansvarar för uppdatering av ADL-checklistan vid varje förändring.

### Genomförandeplan och Egentid

Genomförandeplaner går strukturerat igenom och uppdateras tre gånger om året, och därutöver vid behov. Vi har under året fortsatt arbetet med att utveckla genomförandeplanerna med mer konkreta exempel och utförligare beskrivningar av individuella önskemål och behov, och har i högre grad ansträngt oss för att engagera närstående i arbetet med genomförandeplanen.

I januari 2019 deltog all ordinarie vård- och omsorgspersonal i en heldagsutbildning om "Behovsstyrt kontaktmannaskap", med extern kursarrangör och föreläsare.

Vi fortsätter visualisera omfattningen av Egentid för varje boende, med hjälp av ett spindelvävsdiagram. Det både påminner om och säkerställer – som en egenkontroll - att alla får minst sin avtalade timme varje vecka.

## **Andligt, Kulturellt och Socialt**

Hyllie Park Kyrkans omsorgspastor besöker regelbundet de boende som önskar, och finns tillgänglig på området under veckorna, för samtal med boende, anhöriga och personal.

Vår Biträdande verksamhetschef är också kurator, och erbjuder samtalsstöd för både boende och närstående.

Varje söndag firas gudstjänst i Hyllie Park Kyrkan, dit boende kan få hjälp att komma och delta.

Söndagsgudstjänsten sänds också via Web-sändning, så att man kan delta via TV.

Varje onsdag firas gudstjänst med efterföljande fikagemenskap, i vårt gemensamma Allrum, dit alla är välkomna. De kristna högtiderna uppmärksammas och firas på olika sätt.

För våra judiska boende ordnas i samarbete med Judiska församlingen, Shabat-måltider några gånger per år, och de judiska högtiderna uppmärksammas också på olika sätt.

Ännu har inte någon boende eller närstående efterfrågat att vi uppmärksammar andra religioners högtider, eller erbjuder kontakt med företrädare för andra trosinriktningar. Men det är viktigt för oss att alla känner sig inkluderade och välkomna, och vi vill vara lyhörda för att möta andra behov, om och när de kommer till uttryck.

Det är en utmaning att utforma aktiviteter som alla våra boende lockas av och vill delta i. Fastän vi får mycket uppskattning från både boende och anhöriga för våra aktiviteter, visar den nationella brukarundersökningen att alla inte är nöjda. Vi fortsätter arbeta med att ytterligare utveckla utbud och former, för att alla ska hitta något som passar.

På HPÄ har vi varje vecka kunnat erbjuda ett stående schema med aktiviteter som högläsning, Bingo, sittgymnastik/balansträning, gudstjänst, och musikstund, samt hjärngymnastik varannan vecka. Vi vill att det varje dag skall finnas någon aktivitet som förgyller vardagen.

Deltagandet vid våra aktiviteter varierar mellan ca 12 till 24 personer per gång och vi strävar efter att så många som möjligt skall vilja vara med.

Musik är mycket uppskattat och deltagandet är stort vid dessa sammankomster. Under året har vi genom ett samarbete med Vuxenskolan haft återkommande besök av trubadur. Vidare har det vid olika tillfällen kommit konsertpianist, sångsolister och flera olika körer.

För den som inte attraheras av de återkommande aktiviteterna som är gemensamma för alla har vi under året fortsatt med fler riktade aktiviteter till mindre boendegrupper, bland annat kan nämnas Trädgårdsgrupp, Studiecirkel (med gymnasieungdomar som handledare) i att använda surfplattor, och VIP-middagar.

Inför varje storhelg jobbar vi skapande med dekorationer som förgyller dagrum och även boendes lägenheter. Vi uppmärksammar nationella och internationella evenemang, med dekorationer och , special-fika. Årets Nobelfest på Hyllie Park hölls 2019 i områdets nybyggda samlingslokal, Arken. Våra äldre som bor hos oss var naturligtvis hedersgäster, men den större lokalen möjliggjorde att vi kunde bjuda in både närstående, väntjänst, även personal som inte var i tjänst, och det blev en riktigt pampig fest med tre-rättersmiddag och förnämlig underhållning av bland annat Lunds Studentsångare.

Modevisningar är populära, då de boende inbjuds att gå/sitta modell och vara aktiva istället för att passivt titta på. Allt utifrån den egnes ork och förmåga. Vi har också anordnat utflykter till bland annat blomsterland och museer

Eftersom mat och måltid på många sätt är den viktigaste gemensamma aktiviteten, har vi vid ett antal tillfällen bjudit in till temamiddagar med fokus på olika länders mat. Vi anordnar regelbundet VIP-middagar för några boende i taget. gärna från olika avdelningar samtidigt, för att vi skall lära känna varandra ännu bättre och kunna knyta nya vänskapsband. Vid en VIP-middag bjuds det på mat med extra fint dukat bord i enskildhet i "Restaurang Runda bordet"

## **Brand**

Nya medarbetare får en genomgång av brandsäkerhet och utrymningsvägar med något av våra Brandskyddsombud. Ombuden gör också egenkontroller i form av lokal brandskydds rond två gånger per år. Inga brandtillbud har förekommit.

Vid den externa brandtillsynen hösten 2018 påtalades behov av vissa åtgärder. Som följd av det monterades under våren 2019 automatisk dörrstängning vid brandlarm, på ytterdörrarna till samtliga lägenheter. Samt gjordes utrymningsvägarna från det gemensamma Allrummet mer tillgängliga genom att handtag och lås på utsidan av altandörrarna monterades till de två lägenheter som ansluter till Allrummet.

Vi har haft en extern tillsyn av brandsäkerheten även 2019, utan anmärkning. Under sommaren och hösten 2019 hade vi tyvärr ett antal falska brandlarm där utryckning inte hann hejdas i tid. Trolig orsak var felinställda sensorer i vissa lägenheter och kök, och hela systemet har nu gått igenom, kalibrerats och kontrollerats av larmoperatören.

## **Demens**

Hyllie Park är inte demensboende men har en stor andel boende med någon typ och grad av demens. Internutbildning i BPSD (kvalitetsregister) genomförs varje år. 2019 har ytterligare medarbetare på varje avdelning gått Region Skånes tvådagars BPSD-utbildning för att stärka kompetensen kring bemötande vid beteendestörningar och att göra skattningar, registrera och jobba i registret.

## **Dokumentation**

All personal dokumenterar i journalsystemet, Safe-Doc, främst under SoL, men också HSL, utifrån att alla medarbetare – oavsett profession – som gör observationer/bedömningar och/eller utför insatser under något av lagrummen, också själv ska dokumentera dessa. Kvaliteten höjs och säkras, då legitimerad personal inte längre behöver efterdokumentera observation eller vidtagen åtgärd, som utförts av annan person. Rutiner för rapportering mellan arbetspassen är tydliga och enhetliga. Rutiner finns att läsa in sig på dokumentation då man varit ledig, eller när planer uppdaterats.

## **Tillgång till Sjuksköterska jourtid**

För tillgång till sjuksköterska på jourtid avslutades i januari 2019 avtalet med FALCK läkarbilar. Från 1 februari 2019 har vi motsvarande tjänst avtalad med Klara T, vilket har fungerat mycket bra, med engagerade sjuksköterskor och god personalkontinuitet.

## **SIP**

I enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtal och Samverkansavtal i Region Skåne, ska varje enskild person på särskilt boende ha en Samordnad Individuell Plan, SIP. Varje SIP tas fram i ett tvärprofessionellt vårdplaneringsmöte, där vi strävar efter att den enskilde, en närstående, läkare, ansvarig sjuksköterska, kontaktperson, samt vid behov ytterligare kompetenser som tex fysioterapeut, ska vara med.

Under 2019 har alla som bott på HPÄ mer än tre månader fått en SIP. Nyinflyttade har inom sex månader kallats till vårdplaneringsmöte för framtagande av SIP.

## **Fall**

Riskbedömning enligt Downton Fall Risk Index görs vid inflyttning, och därefter vid behov, men minst en gång per år. Omvårdnadsplan upprättas vid konstaterad fallrisk. Dessutom görs fördjupade fallriskbedömningar enligt FBG (Funktionellt Balanstest för Geriatriska patienter) av fysioterapeut vid inflytt, samt varje halvår, i samband med uppdatering av Rehabplan.



Vid inflyttning får boende och anhöriga information om hur man bäst möblerar lägenheten med tanke på att förebygga fall men även annan information. Det kan handla om hur sängen skall placeras, belysning på natten, lämpliga skor mm. Vårt trygghetslarm har möjlighet till dörrlarm, rörelsevakter och positionslarm. Vi har tydliga rutiner gällande skyddsåtgärder. Vi poängterar att nattpersonalen finns till hands nattetid, för de boendes skull och att använda trygghetslarmet är inte att "störa"

Varje fallrapport följs upp av legitimerad personal med hjälp av särskild rutin. Omvårdnadspersonal involverar även anhöriga i att minska risken för fall. Vårdplan upprättas av sjuksköterska.

Vid ett par tillfällen varje vecka genomförs gruppgymnastik som huvudsakligen leds av sjukgymnasten, men ibland av annan medarbetare, och det är mycket uppskattat av de boende. I Gym-hörnan i det gemensamma Allrummet, kan den enskilde träna individuellt på motionscyklar och andra träningsredskap, självständigt eller med hjälp av personal.

Vi försöker bejaka varje individs behov av rörelse och aktivitet, samtidigt som vi medvetet och aktivt arbetar med att säkra de yttre förutsättningarna. Vi bedömer det som en viktig förutsättning för individens välbefinnande och känsla av självständighet. Under 2019 har antalet fall minskat med 43% jämfört med 2018, vilket vi tolkar som en effekt av ökad medvetenhet och mer aktivt fallpreventivt arbete.

### **Läkemedel**

Vid inflyttning och inledande läkarkontakt görs en genomgång av läkemedel. Läkemedelsrevision sker sedan en gång per år samt vid behov. Läkare och sjuksköterska arbetar medvetet för att minimera antalet läkemedel och för att involvera boende, anhöriga och personal i processen.

Vi använder ApoDos system för läkemedelshantering och läkemedel förvaras inlåsta på den boendes rum. Varje sjuksköterska ansvarar för delegering av personal på sin avdelning. Det sker årligen med både muntlig genomgång och skriftligt prov. Vi har tydliga rutiner för läkemedelshantering samt egenkontroll av densamma.

Signeringslistor för överlämnade av läkemedel som finns för varje enskild person i respektive lägenhet, kompletteras med en samlad kontrollista för varje dygn, på respektive avdelning. Kontrollistan är efter utvärdering nu likadan för alla husen och personalgruppen i respektive hus ansvarar för att den dagligen är aktuell och ifylld. Antalet läkemedelsavvikelser är närmast identiskt med 2018.

### **Munhälsa**

Bedömning enligt ROAG görs vid inflyttning. Munhälsobedömning görs två gånger per år av tandhygienist i samarbete med OralCare. Tandläkare kommer till boendet om den boende så önskar. Vid palliativ vård, vid sväljningssvårigheter eller undernäring görs vårdplan för munhälsa. Munhälsobedömningen för varje boende läses och signeras av all personal i huset och förvaras i den boendes lägenhet.

Varje år ingår munvård och munhälsa i internutbildningen.

### **Nutrition**

Vid inflyttning görs riskbedömning enligt Mini Nutritional Assessment och omvårdnadsplan upprättas vid risk för undernäring. Om behov föreligger erbjuds näringsdryck som tillägg till måltiderna. Det finns även alltid möjlighet att önska mat.

Alla boende vägs minst var tredje månad, i samband med Norton bedömning och rapportering i Senior Alert.

En intern brukarundersökning om mat och måltid i början av året visade en minskad nöjdhet med mat och veckomeny. Hösten 2019 tog vi därför tillbaka matlagningsuppdraget från områdets

restaurang, och återgick till att äldreboendet har en egen kock som lagar all mat inne på äldreboendet. Uppföljande brukarundersökning med samma frågor i december, visade ett tydligt positivt resultat, med en nöjdhet på samma nivå som innan storköksmaten.

Vi fortsätter arbeta med pedagogisk och social måltid vid dagens båda huvudmål. Personalen på plats bedömer hur aptit och näringsintag är vid varje måltid. De uppmärksammar också, och kan vara direkt behjälpliga om sittställningen behöver förbättras, om maten behöver konsistensanpassas eller om nya hjälpmedel behövs. Rutiner finns för återrapportering till sjuksköterska och kök.

Under 2019 har Nutritionsgruppen träffats två gånger.. En sjuksköterska är sammankallande för gruppen, där minst en representant från varje avdelning är med, liksom samordnare för kultur och sociala aktiviteter.

### **Rehabgrupp**

Rehabgruppen bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut och en sjuksköterska har träffats en gång per månad och har fortsatt utveckla sitt arbete. Återkoppling sker kontinuerligt till ledningsgruppen, samt på olika sätt till verksamheten, exempelvis genom "Månadsuppgifter", internutbildningar mm.

Rehabgruppen ansvarar för hjälpmedel, rutiner, handledning och utbildning inom rehabiliteringsområdet.

### **Trycksår**

Riskbedömning sker vid inflyttning enligt Modifierad Nortonskala, varefter åtgärdsplan upprättas vid risk för trycksår.

Därefter görs Nortonbedömning vid behov, men minst tre gånger per år. Alla sängar är utrustade med förebyggande madrass. Vi hyr luftväxlande antidecubitusmadrass av hjälpmedelscentralen vid behov.

### **Utbildning**

Det finns en gemensam utbildningsplan för all personal enligt en fyraårig cykel. Under 2019 har majoriteten av medarbetarna deltagit i följande internutbildningar: Avvikelseberättelse, Journaldokumentation SoL och HSL, Fallprevention, Mat o nutrition, Genomgång av HD rullstolar, Läkemedel och delegering, Demens, Hygienrutiner, Trycksårsprevention, Ergonomi och förflyttningsteknik, Utprovning av inkontinensskydd, Hörapparater och Munhälsa.

## **6. Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

### **Hygienrutiner**

Internutbildning i Basala hygienrutiner och Korrekta klädregler har genomförts med all personal både vår och höst.

Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts och rapporterats i samband med de nationella punktprevalensmätningarna. Vi är stolta över att vi 2019 kunde rapportera 100% följsamhet!

### **Läkemedel**

Vi följer Malmö stads rutin för kontroll av läkemedelshantering, och har även en lokalt framtagen rutin som uppdateras en gång per år. Där ingår kontroll vid varje leverans av ApoDos-rullar, samt månatlig kontroll av narkotika. Alla kontroller har varit utan anmärkning.

Skriftliga, teoretiska prov för läkemedelsdelegering upprepas varje år.

## **Livsmedelshygien**

Äldreboendets mat lagades fram till mitten av augusti i områdets restaurangkök. I samband med att en kocktjänst i augusti flyttades tillbaka till äldreboendets eget kök, tog den egna kocken över ansvaret för äldreboendets kök och livsmedelsverkets regler för egenkontroll. Ansvaret för avdelningskökens egenkontroller ligger kvar på husens måltidsbiträden, men äldreboendets kock har fortsatt tillsyn och övergripande ansvar för att rutiner följs, livsmedelshygienen sköts korrekt och att egenkontrollerna genomförs.

## **Medicintekniska produkter inklusive individuella hjälpmedel**

Vi har haft externa, protokollförda genomgångar av alla boendets medicintekniska produkter såsom liftar, gåbord och sängar

Var fjärde månad, vid tre tillfällen under 2019, har individuella hjälpmedel kontrollerats av kontaktperson, om så efterfrågades, med stöd av rehabteamet.

## **Riskbedömningar Fallskada, trycksår, undernäring och dålig munhälsa**

I den sammanställning som finns av utförda riskbedömningar under 2019, framgår att samtliga boende riskbedömts avseende fastställda riskfaktorer. Samtliga boende har också bedömts ha risk i ett eller flera av områdena. För varje identifierad risk hos varje individ har en åtgärdsplan upprättats och genomförts.

## **Dokumentation**

MAS har granskat slumpvis utvalda HSL-journaler under året och har påtalat att informationen fortfarande bitvis är knapphändig, men kvaliteten har förbättrats och blivit mer flödig jämfört med 2018, då även icke legitimerad personal började skriva i HSL-journal.

Ansvarig sjuksköterska på varje avdelning granskar regelbundet SoL-dokumentationen, påtalar eventuella brister och utvecklingsområden både enskilt med medarbetare samt vid APT. Granskning **2018** mynnade ut i en ny Internutbildning i SoL-dokumentation som genomfördes vid två tillfällen det året. Under 2019 har det resulterat i nästan tredubblat antal rapporterade SoL-avvikelser

Verksamhetschefens kontroll efter nyinflyttning, visade att för samtliga nyinflyttade, (11 personer) var Vårdplan, Rehabiliteringsplan och Genomförandeplan påbörjad – och i flertalet fall fullföljd – inom 14 dagar efter flytt till Hyllie Park.

## **Egna enkätundersökningar**

Utöver att vi som verksamhet, och våra boende som individer deltagit i och besvarat frågor i de undersökningar som Socialstyrelsen genomför på nationell nivå, har vi under 2019 vid två tillfällen genomfört vår egen enkätundersökning om mat och måltid.

## **7. Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Inom äldreomsorgen har den enskilde ofta sammansatta och komplexa behov som förutsätter väl fungerande samverkan mellan olika aktörer. Det gemensamma uppdraget och syftet för samverkan är att säkerställa ett tryggt, säkert och professionellt omhändertagande om den enskilde, och en "sömlös" övergång mellan olika huvudmän och enheter.

Internt inom HPÄ finns riktlinjer för samverkan och informationsöverföring mellan olika enheter, funktioner, team och professioner.

Hyllie Park har avtal för samverkan med medicintekniska företag för att säkerställa att all MTP kontrolleras årligen samt att det finns en jour som kan åtgärda problem med medicinsk teknik, oavsett tid under veckan.

Vi samverkar med Region Skånes Primärvård, Limhamns Vårdcentral så att en läkare därifrån besöker boendet varje vecka för medicinsk rond och hembesök. Vi har tydliga rutiner för kontakten med läkare under resten av veckan.

Fram till 190131 samverkade vi med FALCK för sjuksköterskeberedskap och akutläkarbil på jourtid. Sedan 2019-02-01 är avtalet med Falck avslutat och vi samverkar istället med Klara T för sjuksköterskeberedskapen på jourtid. För akutläkare på jourtid samverkar vi fortfarande med Falcks läkarbilar.

Vi läser, registrerar och kommunicerar med slutenvården i det regiongemensamma systemet Mina Planer.

Vi samverkar också med Region Skåne genom det mobila teamet (tidigare ÄMMA-teamet), som många gånger har tillkallats för avancerad bedömning och insatser på boendet, med syfte att undvika akut sjukhusinläggning.

Samtliga boende som var inflyttade före oktober 2019, var vid årsskiftet inskrivna i det nya mobila Hälso- och Sjukvårdsteamet utifrån en genomförd SIP (Samordnad Individuell Plan).

Samtal och uppföljning av negativa händelser sker tvärprofessionellt och kan då involvera: omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, MAS, dietist, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, biståndshandläggare och/eller verksamhetschef.

Vi samverkar med uppdragsgivare / beställande kommunal myndighet, med boendeförmedling, biståndshandläggare och kommunala vårdgivare samt med närstående till våra boende

Verksamhetschef kontaktar biståndshandläggare i aktuellt stadsområde vid alla situationer som är av vikt eller innebär dilemma, eller som på annat sätt aktualiserar behov av att informera och eller rapportera.

Myndighetsansvarig biståndshandläggare har under året träffat flertalet boende, ibland tillsammans med närstående och/eller kontaktperson, för att systematiskt följa upp hur biståndsbeslutet fungerar och eventuellt har förändrats.

Kontaktperson och sjuksköterska arbetar aktivt för att i så stor utsträckning som möjligt involvera och samverka med såväl boende själv, som närstående (om den boende inte misstycer) i både smått och stort.

I ett fall har verksamhetschefen i samverkan med en enskild boende kallat biståndshandläggare, närstående och kontaktperson till möte för myndighetsuppföljning avseende hantering av ekonomi och inköp av personliga förnödenheter. Biståndshandläggare gjorde tydligt att närstående har skyldighet att efterfråga och tillgodose de behov som den enskilde eller kontaktpersonen kommunicerar, och att alternativet kan vara att myndigheten istället utser en God man till den enskilde för att sköta detta. I det aktuella fallet har situationen blivit påtagligt bättre för den enskilde, och samarbetet mellan närstående och kontaktperson har utvecklats och underlättats.

Vi deltar i de utbildningar som kommunen och eller Regionen erbjuder, men skulle gärna se ett tätare samarbete och samverkan med kommunen, på ett liknande sätt som de kommunalt drivna

omsorgsverksamheterna har. Tidigare inbjöds vår MAS till gemensamma MAS-möten i Malmö, och det var värdefulla mötesforum som vi nu saknar.

Vi samverkar med primärvården och uppmanar den enskilde som flyttar in att lista sig hos vår Patientansvarig läkare (PAL) på Limhamns vårdcentral. PAL besöker HPÄ varje vecka för medicinsk rond och eventuella hembesök hos den enskilde när det anses lämpligt

Vi samverkar med Oral Care för tandvård och munhälsa

Vi samverkar med specialistvården för punktinsatser. I samband med utskrivning från sjukhus sker vid behov samordnad vårdplanering av vidare insatser, i stor utsträckning via samverkansverktyget Mina planer.

Vi samverkar med övriga verksamheter på Hyllie Park-området med lokalutnyttjande, aktiviteter för möte mellan generationer, gemensamma utbildningsinsatser och vissa gemensamma stödfunktioner. Vi samverkar med föreningar, frivilligorganisationer samt med högskolor, universitet och andra utbildningsinstanser.

## **8. Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I samband med inflyttning till Hyllie Park sker för alla boende en riskanalys för fall, sår, munhälsa och nutrition. Efterhand sker inskrivning av läkare med läkemedelsgenomgång.

Om negativ händelse eller risk för negativ händelse inträffar sker en riskanalys som uppföljning av händelsen.

Vi skriver tillbudsrapporter och följer upp dem med riskanalyser och åtgärder.

Riskanalys görs även inför särskilda händelser tex. utfärder.

## **9. Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vid arbetet med informationssäkerhet skiljer vi på känsliga personuppgifter och övrig information. i enlighet med GDPR.

En stor del av vår icke-känsliga information lagras i molntjänst (Google). Övrig icke-känslig information samt känsliga personuppgifter lagras i lokal serverlösning. För att förhindra dataförlust görs backup dagligen som lagras i en annan byggnad på området.

### **Åtgärder för hindra att data sprids till obehörig**

Allt som lagras i molntjänsten skyddas av lösenord. Systemet övervakar att alla lösenord som väljs är ”starka”, dvs innehåller en föreskriven blandning av tecken. Dessutom varnar systemet genast när inloggning sker på en enhet där kontot inte använts tidigare.

Vårt lokala datanät skyddas mot extern access av en brandvägg. Alla datorer i vårt lokala nät har automatiska skärmläckare, så att skärmen stängs vid inaktivitet. Det lokala systemet kräver även inloggning med starkt lösenord för access till data.

Två olika samarbetspartners, systemleverantör och sjuksköterskejour, har tillgång till känsliga data i lokala system. Denna åtkomst är låst till att förfrågan kommer från ett specifikt publikt IP-nummer.

Förutom den personal som behandlar informationen i sitt arbete har endast leverantör och lokal administratör tillgång till den. Detta gäller även backup-material.

Serverrummet har sedan många år tillbaka en separat låsning och inbrottslarm och detta skydd mot fysiskt tillträde bedömer vi fortsatt adekvat.

## **10.Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Enligt riktlinjer för avvikelser är varje medarbetare som upptäcker en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för den enskilde, skyldig att rapportera det som en avvikelse. Riktlinjerna reglerar vidare att legitimerad personal regelbundet går in och hanterar avvikelser.

Vid nyanställning samt vid återkommande internutbildningar får varje anställd en genomgång av regler och rutiner för rapportering en Lex Maria och Lex Sarah.

Om negativ händelse inträffar rapporteras det omedelbart till tjänstgörande sjuksköterska som bedömer behovet av omedelbara åtgärder och dokumenterar händelsen i den boendes journal. Avvikelse rapport fylls i och följs upp med inblandad personal och på Avvikelseråd.

Avdelningsansvarig sköterska ansvarar för den inledande analysen. Alla avvikelser går också vidare till verksamhetschefen för kännedom och stickprovskontroll, samt vid behov för medverkan vid analys och utredning.

Avvikelser av allvarlig karaktär rapporteras till Sociala Resurs förvaltningen samt till berörd stadsområdes MAS/SAS. Föreståndare ansvarar för utredning enl. Lex Sarah och Lex Maria enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Vi arbetar aktivt för att på arbetsplatsen bibehålla en kultur och en inställning som är positiv till att anmäla avvikelser och till att lära sig av dem för att förbättra rutiner och arbets sätt.

## **11.Hantering av klagomål och synpunkter**

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

Vid inflyttning får boende och anhöriga muntlig och skriftlig information om olika sätt de kan framföra klagomål och synpunkter på. Vi poängterar för såväl personal som anhöriga att klagomål är verktyg för förbättring. Uppmuntran till att framföra åsikter och synpunkter finns på anslagstavlor i alla husen. Där finns också "brevlådor" för möjlighet att framföra synpunkter anonymt.

Inkomna klagomål och synpunkter följs skyndsamt upp med berörd personal eller personalgrupp. Information går vidare till verksamhetschef som är med på uppföljning av klagomålet, när så anses lämpligt. Boenderåd med både boende och närstående har anordnats under två tillfällen under året. Vid dessa tillfällen inbjuder vi också till att komma med synpunkter på verksamheten, och ta upp frågor till dialog.

## 12. Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Under 2019 har några mindre och praktiskt konkreta klagomål framförts från närstående och eller enskilda boende. Det har rört önskemål om restaurering av uteplats och staket, synpunkter på ordning och praktiskt handhavande av förvaringsutrymmen inne i lägenhet, synpunkter på enskilda näringsintag och behov av extra näringsdryck, önskemål om tätare och flödigare rapportering och återkoppling från OAS eller Kontaktperson till närstående. Vi har tagit till oss och försökt möta samtliga synpunkter med dialog och gemensamt resonerat oss fram till åtgärder som bedömts rimliga och möjliga.

Vid fyra tillfällen, för fyra olika enskilda boende har smycken av varierande värde rapporterats försvunna. Två "försvinnanden" klarades upp som missförstånd och bristande kommunikation, där smyckena återfanns på avsiktligt valda förvaringsställen, eller var inlämnade för reparation. Övrigt har varit omöjligt att klarlägga när (och om) det verkligen förvarats i lägenheten och personalen kände inte igen att de någonsin sett smyckena hos den enskilde. Vi har efter detta uppmanat närstående att köpa in värdeskåp som kan monteras i lägenheten, där värdesaker kan förvaras. En ny rutin har också införts, där kontaktpersonen särskilt noterar vid inflytt, om särskilda värdesaker finns och hur/var de förvaras. Detta ska sedan, om kontaktpersonen har åtkomst till förvaringen av värdesakerna, kontrolleras regelbundet och signeras att allt är på plats.

Efter värmeböljan sommaren 2018 togs beslut om att uppgradera äldreboendets kyl- och ventilationssystem inför kommande sommar, vilket har genomförts till viss del 2019, och kommer att fullföljas våren 2020.

Vi uppfattar att på grund av en god och kontinuerlig dialog med boende och närstående, kan vi fånga upp synpunkter i ett tidigt skede. Så kan frågetecken redas ut, eventuella rutiner justeras eller åtgärder vidtas. Varje genomförandeplan är ett levande dokument, där framkomna synpunkter tas tillvara och inkluderas i genomförandeplanen, när/om så är relevant

## 13. Samverkan med boende och anhöriga

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vid inflyttning hålls ankomstsamtal och inskrivningssamtal med läkare. Inom två veckor hålls en välkomstfest då den nyinflyttade får berätta om sitt liv och sin bakgrund så att boende och personal får hjälp att lära känna varandra lite fortare och skapa relationer.

Vid alla förändringar oavsett om det gäller läkemedelsändringar eller att möblera om i lägenheten, samtalar vi med anhöriga/boende och involverar dem i behov och strategier.

Brukarråd hålls i varje hus en gång i kvartalet. Stående punkter är mat/måltid, aktiviteter och generell trivsel.

Boenderåd för Boende och närstående, har anordnats två gånger under året. Då informerar vi om ev. förändringar i verksamheten, uppmuntrar till dialog och svarar på frågor. Nyhetsbrev med aktuell information och uppdateringar om verksamheten skrivs regelbundet av verksamhetschefen. Från och med 2019 ställs brevet till både boende och närstående. De boende får nyhetsbrevet utskrivet, övriga får det bifogat i ett mail. I nyhetsbrevet efterfrågar vi även synpunkter från boende och närstående.

Vid upprättande av genomförandeplan samtalar kontaktpersonen med anhöriga och boende om behov och önskemål. Frågor om säkerhet, trygghet och egentid finns alltid med i resonemangen.

Som uppföljning och åtgärd vid avvikelser samtalar vi med både boende och anhöriga då vi tillsammans behöver hjälpas åt att förebygga negativa händelser.

## 14.Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Under 2019 har **44** personer varit bosatta på Hyllie Park Äldreboende. 9 lägenheter har bytt hyresgäst, varav två lägenheter bytt två gånger. **Bytestiden** mellan hyresgäster/placering varierade från **4 till >30 dagar**; i genomsnitt 12,5 dagar; 8 dagar/byte med gamla avtalet med Malmö stad tom 190831, i genomsnitt 16,2 dagar/byte med nya avtalet med Kommunförbundet from 190901. Totalt "förlorades" (uteblev?) ersättning för 87 vårddyg i samband med dödsfall och ny placering under 2019; 8 dygn för 5 lägenhetsbyten under första avtalsperioden, 79 vårddyg för 6 lägenhetsbyten under det senare avtalet.

De boendes medelålder per 2019-12-01 var **91 år** (74-102 år)

11 personer avled 2019, de hade bott på HPÄ i genomsnitt **2,8 år** (3 veckor – 6,92 år)

Läkemedelsgenomgång har skett för alla boende under året.

För alla boende har uppdatering av genomförandeplan skett minst tre gånger.

Alla kontroller av Läkemedelshantering inklusive kontrollräkning av narkotika har varit utan anmärkning.

Nutritionsbedömning, Norton och fallriskbedömning enligt Senior Alert är gjorda för alla boende.

Vårdplaner har upprättats vid varje insättning av skyddsåtgärd. Muntligt samtycke har givits i samtliga fall där åtgärderna satts in. För vissa boende varierar det dag för dag och vi har bra rutiner för att lyssna på deras önskemål och dokumentera dem.

Verksamheten mottog 2019 utmärkelsen "Guldtanden", då vi av Oral Cares medarbetare utsetts till Skånes bästa äldreboende avseende arbetet med munhälsa

1 boende hade vid inflytt flera trycksår, varav något uppstått under sjukhusvistelse.

Inga vårdrelaterade infektioner har identifierats.

10 (av 11 avlidna) personer registrerades under 2019 i palliativa registret.

10 boende var aktiva i BPSD registret.

Punktprevalensmätning visade 100% följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

SCBs nationella brukarundersökning våren 2019 visade generellt goda resultat, 90% (sannolikt alla svarande utom två) är sammantaget nöjda eller mycket nöjda med sitt äldreboende hos oss. Resultatet på frågor om gemensamma lokaler och utemiljö, förtroende för och bemötande från personalen, trygghet, tillgång till personal inklusive sjuksköterska, samt utbud och genomförande av aktiviteter ligger alla topp 10 i Malmö. Endast 19% uppger att de ibland besväras av ensamhet (jämfört med 32% på HPÄ 2018, och 35% nationellt både 2018 och 2019)

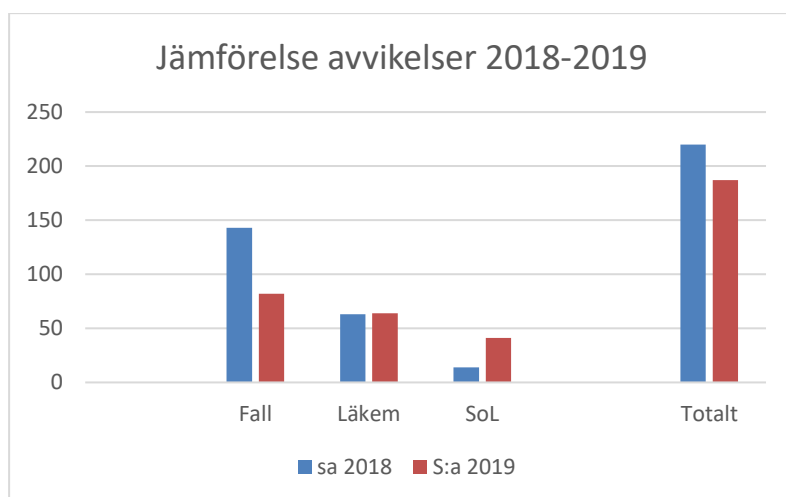
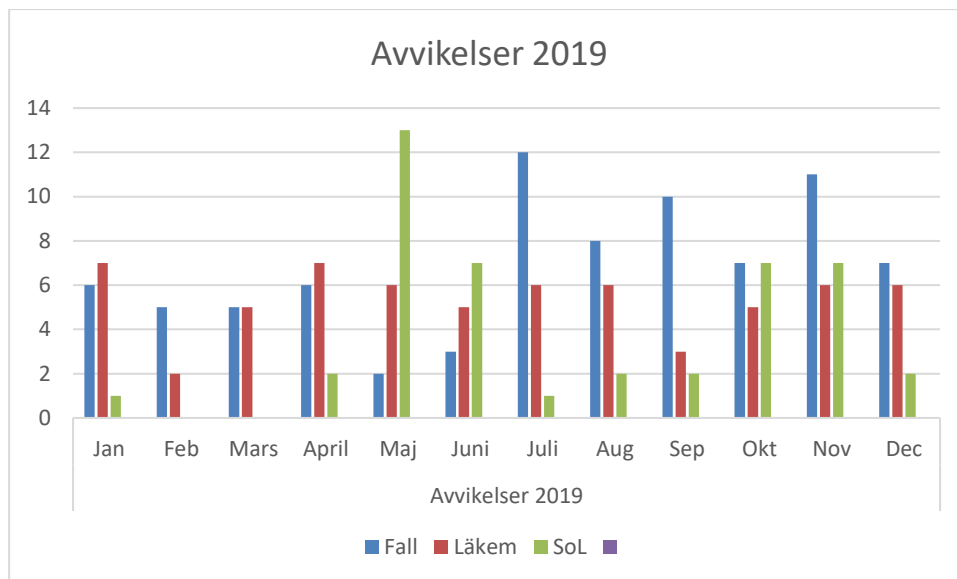
Men upplevelsen av hur maten brukar smaka, hade försämrats avsevärt sedan 2018. Endast 68% (samma värde som nationella genomsnittet) svarade Ganska eller Mycket Bra på denna fråga, jämfört med 80% 2018 och 100% 2017. När vi fick dessa resultat hade vi redan gjort vår egen undersökning om maten, som resulterade i en återgång till att själva laga maten inne på Äldreboendet. Vi fortsätter arbeta aktivt med Kvalitet för mat och måltid, och har god dialog med både boende, anhöriga, personal och Kökschef. Vi har också påbörjat en dialog kring samarbete med Igelösa Life Science avseende maten.

Under året har gjorts extern granskning av miljöförvaltningen, utan anmärkning.



## Avvikelser under 2019

Totala antalet rapporterade avvikelser under 2019 var 187, varav 82 Fallrapporter, 64 Läkemedelsavvikelser och 41 SoL-avvikelser.



### Analys:

#### Fallrapporter

Efter att antalet rapporterade fallolyckor fram till 2018 ökade markant flera år i rad, var antalet under 2018 närmast oförändrat, och nu 2019 ser vi istället en kraftig minskning (drygt 40%) till totalt 82 fallrapporter 2019. Det är livskvalitet att få vara aktiv även om riskerna för fall ökar. Fallolyckor är relativt jämnt fördelat under veckans dagar. Fler fall på förmiddagar då de boende också är mer aktiva. Ett fall ledde till allvarlig skada, en trokantor major fraktur som föranledde inläggning på sjukhus, men inte behövde opereras.

#### Läkemedel

Antalet avvikelser för läkemedel är i stort sett oförändrat jämfört med 2018. Avvikelserna är relativt jämnt fördelade under veckan. Flest läkemedelsavvikelser sker under dag/kvällstid då fler läkemedel ges på dag/kväll jämfört med natten.

### SoL

Upprepade utbildningsinsatser inom SoL-dokumentation genomfördes 2018. Vi har medvetet fortsatt arbeta med att uppmärksamma SoL-avvikelser vilket förklarar det tredubbla antalet rapporterade SoL-avvikelser som ses jämfört med föregående år.

Tio SoL-avvikelser rörde funktion och hantering av larm, Fyra avvikelser rörde att en enskild satt kvar på liftskynket i sin rullstol, Tre avvikelser handlade om hantering av hörapparater, Fyra avvikelser rörde risk för fall – som missade sänggrindar, bristande tillsyn i stol, en person ensam vid ordinerad tvåmansflyttning. Andra avvikelser rörde bristande städning, glömda soppåsar, tvätt inlagd hos fel boende, försenat byte av KAD och inkontinensskydd samt missad dusch.

### MTP

Inga MTP-avvikelser har heller rapporterats 2019. Vi inser att MTP-avvikelser med sannolikhet förekommer, och bör rapporteras. Vi avser därför att arbeta för ökad medvetenhet kring att både uppmärksamma och rapportera dessa under 2020.

### Lex Maria och Lex Sarah

Vi har inte haft några Lex Maria och Lex Sarah ärenden under året.

## 15. Utvärdering övergripande mål och strategier för 2019

### *Utarbeta lokala rutiner för att få fart på arbetet med SIP (Samordnad Individuell Plan)*

Under 2019 har tvärprofessionellt vårdplaneringsmöte som resulterat i en SIP, genomförts för alla som bott på HPÄ mer än tre månader. En rutin finns nu för att upprätta SIP inom tre månader, för varje ny person som flyttar in.

### *Egentiden i varje hus ska sammantaget överstiga den avtalsstadgade timmen per person och vecka.*

Spindeldiagrammet har utvecklats till att även registrera tiden utöver 1t/v. Vi arbetar fortfarande med att utveckla rutiner kring planering, disponering och genomförande av egentiden.

### *Följsamheten till basala hygien- och klädregler*

Vid 2019 års nationella punktprevalensmätning registrerades 100% följsamhet!

### *Ökad medvetenhet och rapportering av MTP-avvikelser*

MTP-utbildningar har genomförts, där vikten av att notera och lära av MTP-avvikelser har påtalats. Men antalet skrivna MTP-avvikelser är fortfarande 0

### *Fortsätta utveckla kontaktpersonens uppdrag och roll, samt utveckla arbetet med genomförandeplan*

All ordinarie personal gick i början av året en heldagsutbildning i behovsstyrt kontaktmannaskap. Genomförandeplanerna uppdateras nu var tredje månad och vi fortsätter arbetet med att göra dem ännu mera fylliga, konkreta och individuella.

### *Fortsätta utveckla vårt kvalitetsledningssystem*

Ett genomarbetat kvalitetsledningssystem efter ISO 9001-modell finns nu på plats

## 16. Övergripande mål och strategier för 2020

Vi vill fortsätta arbeta medvetet för ökad kvalitet och patientsäkerhet, genom att:

#Ökad medvetenhet och rapportering av MTP-avvikelser

#Marknadsföra HPÄ och göra vår existentiella profil känd gentemot skånska kommuner och skånska församlingar för att fler ska få upp ögonen för oss och efterfråga vår profil, och fler kommuner än Malmö ska börja köpa platser hos oss.

#Byta ut alla telefoner till smartphones för bättre användarvänlighet och teknikutnyttjande

#Komplettera journalsystemet med e-modul så att smartphone kan användas för att både läsa, kommentera och signera åtgärder

#Implementera ett nytt (eller uppgraderat) larmsystem där en smartphone ersätter den särskilda handenhet som idag används (och krävs för nuvarande system), för högre kvalitet för både boende och medarbetare

#Inleda ett samarbete med Igelösa Life Science kring Hälsosamt åldrande

### **Kontaktuppgifter:**

Karin Strindlov Carlsson  
Hyllie Park Äldreboende  
Elinelundsv. 55F  
21623 Malmö

Tel 040-375926

karin.strindlovcarlsson@hylliepark.se