

Patientsäkerhetsberättelse

Sektor vård och omsorg
År 2019

Innehåll

+

Sammanfattning	3
1. Struktur.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll.....	8
2. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Vårdsamverkan	9
Förebyggande insatser – Vårdprevention.....	9
God vård vid demenssjukdom.....	9
God vård i livets slut.....	10
Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal.....	10
Vårdhygien.....	11
Risk och händelseanalys	11
Informationssäkerhet.....	11
3. RESULTAT OCH ANALYS.....	12
Egenkontroll.....	12
Digital signering.....	12
Läkemedelshantering	12
Delegering.....	13
Tandvård och munhälsa	13
Egenkontroll, prioriterade områden	16
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter	20
Händelser och vårdskador	20
4. Mål och strategier för kommande år.....	20

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har under året till stor del handlat om att införa digital signering i verksamheten. Samtliga enheter inom hemsjukvård har under året infört digital signering. Det digitala signeringssystemet har kvalitetssäkrat patientsäkerheten på flera nivåer då även delegeringsprocessen för vård och omsorgspersonal är kopplad till systemet.

Under året har läkemedelsansvariga sjuksköterskor tillsammans med MAS sett över hela läkemedelskedjan och identifierat brister som sen har åtgärdats. De har fokuserat på att identifiera en säker förvaring och kassation av läkemedel. Tillsammans med ledningsgrupp hälso- och sjukvård har beslut tagits om att prova ett slutet system för kassation av läkemedel med start i början av 2020.

Delegeringsprocessen har under året både effektiviserats och kvalitetssäkrats. All vård och omsorgspersonal förbereds inför delegering kring läkemedelshantering genom en webbaserad läkemedelsutbildning följt av ett kunskapstest. All delegerad vård och omsorgspersonal måste årligen förnya sitt kunskapstest i webbutbildningen för att få förnyad delegering i verksamheten. Den nya delegeringsprocessen bidrar till att kunskapen aktualiseras regelbundet vilket ökar patientsäkerheten i kommunen oerhört.

Man kan konstatera att sektorn kommer att behöva arbeta vidare med att hitta ännu bättre och effektivare metoder för att få bra analyser av nuläget samt av det önskade framtida läget, men också hur vi ska lyckas med implementeringen av nya arbetssätt, men också redan införda arbetssätt och rutiner som inte implementerats fullt ut.

2020-02-11

Josefina Söderström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

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

1. Struktur

Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ett kvalitetsledningssystem finns enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för nämnden, personal, patienter och övriga medborgare. Det ska också skapa förutsättningar så att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättringsområden.

Organisation och ansvar

Vårdgivare

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet.

Ansvar för patientsäkerheten innebär bl.a. att:

- Kraven om god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL upprätthålls
- Fastställa övergripande mål samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- Det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsverksamheten (SOSFS 2011:9)
- Det finns tydliga roller och ansvarsfördelning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Verksamhetschefens respektive medicinskt ansvarig sjuksköterskas ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns förutsättningar för funktionerna att utöva det medicinska ledningsansvaret
- Det finns ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska

För vårdgivarens patientsäkerhetsarbete finns verksamhetschef hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Nämnden har fastställt ansvarsfördelning mellan avdelningschef, tillika verksamhetschef enligt 4 kap 2 § HSL, och medicinskt ansvarig sjuksköterska 11 kap. 4 § HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg. MAS har att fastställa övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Inom sektor vård och omsorg är respektive avdelningschef utsedd som verksamhetschef hälso- och sjukvård (HSL) med ansvar för den löpande verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Verksamhetscheferna ansvarar för att utarbeta lokala rutiner utifrån de övergripande riktlinjerna som fastställts av MAS inom respektive avdelning.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschef för HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska har fastställt är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar också för att ny personal får den introduktion som behövs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem. Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns tre yrkeskategorier som är hälso- och sjukvårdspersonal: Legitimerad arbetsterapeut, legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut och legitimerad sjuksköterska.

Vård och omsorgspersonal

Till den kommunala hälso- och sjukvården hör legitimerad personal samt vård och omsorgspersonal som biträder dessa grupper efter ordination/delegering.

Förutsättning för att vård och omsorgspersonal ska få utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är att de har reell kompetens för uppgiften.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Sektor vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare genom flera olika forum för att säkerställa patientsäkerheten. Samverkan samordnas via Vårdsamverkan Skaraborg.

[Samverkan – andra vårdgivare](#)

Vårdsamverkan

Tillsammans med Skaraborgs sjukhus (SkaS) och primärvården har kommunerna via kommunalförbundet Skaraborg arbetat enligt en beslutad struktur för vårdsamverkan i Skaraborg. Ett av målen är att stärka vårdsamverkan på närsjukvårds- och kommunnivå och att vården ges på rätt vårdnivå. Det gemensamma arbetet har resulterat i samverkansarenan Mobil Närvård, vilket innebär en ny gemensam vårdmodell och ledningsstruktur.

Mobil närvård

Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är en särskilt utsatt grupp. För att minska risken för brister i samordningen mellan vårdgivarna för denna patientgrupp finns mobil närvård, d.v.s. mobil hemsjukvårdsläkare, mobilt närvårdsteam och mobilt palliativt team. Syftet är att skapa en upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård. Inom vårdsamverkan Skaraborg pågår även ett arbete med att upprätta specialistteam inom stroke och demenssjukvård. I den regionala handlingsplanen är Mobil närvård ett av fem prioriterade områden.

Läkarmedverkan

Det finns 7 vårdcentraler i Skövde. Fem i Närhälsans regi och två privata utförare. Dessa har ansvar för läkarinsatserna för personer med kommunal hälso- och sjukvård.

Tillsammans med Närhälsan och de privata vårdcentralerna har sektor vård och omsorg upprättat samverkansavtal för att säkerställa läkarmedverkan.

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner är ett arbetssätt som bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård.

Den medicinska vårdplanen är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan som underlättar bedömningen av den enskilde i ett akut skede för såväl kommunens sjuksköterskor, primärvårdens läkare och slutenvården. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och omvårdnadspersonal planeras vårdens inriktning samt en granskning av läkemedelsbehandlingen.

[Samordnad individuell planering](#)

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

I vårdssamverkan på både Skaraborgs- och Västra Götalandsnivå har det under året pågått gemensamt arbete för att säkerställa in- och utskrivning från sjukhus. Utgångspunkt har varit den nya lagstiftning som trädde i kraft 1 januari 2018 och till följd av den har en överenskommelse och riktlinje för samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tagits fram och fastställts i samverkan. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

SAMSA, är ett IT-stöd och den kommunikationskanal som ska användas vid samordnad vård och omsorgsplanering. Där dokumenteras bland annat vårdbegäran, inskrivningsmeddelande, planering inför utskrivning och utskrivningsmeddelande. Varje part ansvarar för att SAMSA används och att relevant information förs vidare till rätt person.

Dokumentationen i SAMSA kompletteras med möten för avstämning och samordning inför utskrivning.

Som ett led i att kvalitetssäkra processen vid samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård skickas en avvikelserapport för utredning vid de tillfällen då brister i samverkan identifieras.

Samordnad individuell planering, SIP

I hälso- och sjukvårdslagen regleras bestämmelser om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. Genom SIP så säkerställs att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser.

Det framgår även av den nya lagen om samverkan vid utskrivning att alla med behov av samordning, oavsett små eller stora behov ska få en samordnad individuell plan, SIP upprättad i samband med utskrivning. I den regionala handlingsplanen är SIP ett av fem prioriterade områden.

På länsnivå finns en gemensam riktlinje för SIP i Västra Götaland, under 2019 har en översyn av den gemensamma riktlinjen påbörjats. Sedan 1 mars 2019 finns det en länsövergripande SIP-samordnare på plats för ”Stärkt arbete med SIP i västra Götaland”. Rollen som samordnare är placerad i den gemensamma funktionen GITS (Gemensam Information och Tjänstesamordning 49 kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen) för att verka för samtliga 49 kommuners och Västra Götalandsregionens verksamheter.

I samverkan med sektor Socialtjänst finns en riktlinje för lokal samordnad individuell plan, L-SIP sedan 2017. Då den enskilde är i behov av samordnade insatser från flera sektorer inom Skövde kommun, ska L-SIP användas.

Samverkan – mellan avdelningarna inom sektor vård och omsorg

Genom strukturerade teamträffar, samverkar yrkeskategorierna inom verksamheten för en optimal vård och omsorg för varje individ. Inom hemtjänst förekommer även externa utförare av vård och omsorg.

Både interna och externa utförare utför hälso- och sjukvård på uppdrag av sektorns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter.

Patienters och närståendes delaktighet

Inom verksamheten arbetar vi för att samverkan sker med både patienter och närstående. Alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Patienter och anhöriga ska erbjudas att:

- Medverka vid samordnad vård och omsorgsplanering
- Medverka vid upprättande av vårdplaner
- Bli informerade när nationella studier genomförs
- Bli informerade och delta vid utredning av vårdskada
- Bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Genom kommunens kontaktcenter och hemsida ges information om sektor vård och omsorgs verksamhet. Där finns även ett flertal direktlänkar till andra vårdgivare både inom primärvård och sjukhus.

Patientnämndens informationsmaterial finns på samtliga enheter inom sektor vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna till verksamheten. Enhetschef ansvarar för att all personal på enheten får information om vikten av att identifiera och rapportera risker och händelser i verksamheten.

Avvikelsehantering är en viktig del i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

1. *All personal* identifierar och rapporterar avvikelser till legitimerad personal och enhetschef samt dokumenterar det som inträffat i patientjournalen.
2. *Legitimerad personal* identifierar och bedömer åtgärder, kontakter läkare vid behov och dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen. Informerar enhetschef vid behov.
3. *Enhetschefen* ansvarar för att avvikelser på enheten analyseras, åtgärdas och återkopplas.

MAS inleder vid behov händelseanalys och bedömer och utreder om anmälan ska ske enligt Lex Maria. Vid Lex Maria-anmälan görs kompletterande utredning. Anmälan ska ske inom 2 månader till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vård och omsorgsnämnden informeras om Lex Maria anmälan. Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Kopia på utredning läggs till hälso- och sjukvårdsjournal. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till vård och omsorgsnämnden, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan komma till sektor vård och omsorg via patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg, IVO. De kan även komma via kommunens kontaktcenter eller hemsida. Klagomålet eller synpunkten registreras då i kommunens IT-stöd för synpunktshantering.

Klagomål och synpunkter kan också komma direkt till verksamheten. Medarbetarna tar då emot och hanterar det som inkommit i anslutning till att det blir känt. Som vårdgivare har vi ett ansvar att utreda och besvara/återkoppla till den som begärt yttrandet. Hittills har ärendet framförallt hanterats av den verksamhet dit klagomålet eller synpunkten är riktad.

Egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Tabell 1. Planerad Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet vid vårdsamverkan	1 gång per år	Mål och mått
Oplanerad transport till sjukhus	1 gång per år	protokoll
Patientsäkerhet	1 gång per år 1 gång per år	Kvalitetsrevision kvalitetsrapport
Patientsäkerhetsdialoger	4-6 enheter per år	Verksamhetsbesök MAS
Avvikelse	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Vårdprevention	1 gång per år	Kvalitetsregister Senior alert
Trycksår	1 gång per år	Databas för PPM-trycksår i Senior alert
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	1 gång per år	Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD
Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vård i livets slut	1 gång per år	Svenska palliativregistret
Följsamhet till dokumentation i patientjournal	Löpande under året	Journalgranskning i samband med utredning Journalgranskning i samband med utveckling av dokumentation för legitimerad personal

Följsamhet till vaccination mot säsongsinfluensa	1 gång per år	Svevac, nationellt journalsystem för vaccinationer
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Databas för punktprevalensmätning, PPM-BHK
Hygienronder	Skер vid behov på enhetsnivå	Protokoll, hygienombud i samverkan med enhetschef
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	HALT- Senior alert
Influensautbrott	Skер vid behov på enhetsnivå	Slutrapport via Vårdhygien Skaraborg
Gastroenteritutbrott	Skер vid behov på enhetsnivå	Slutrapport via Vårdhygien Skaraborg

2. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Vårdsamverkan

Inom vårdsamverkan har det under året pågått flera arbetsgrupper som både på strategisk och operativ nivå förberett för att verksamheterna ska få förutsättningar för att samverka enligt samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Regelverket ställer högre krav på ett snabbt omhändertagande, då behov av slutenvård upphör för den enskilde. Det finns ett fortsatt behov av att utveckla och anpassa arbetssättet för att uppnå följsamhet till den nya utskrivningsprocessen.

Sedan hösten 2019 finns en nu funktion bestående av tre sjuksköterskor som har som uppdrag att arbeta som vårdplanerare. Orsaken till att denna funktion har tillkommit är att tidigare planeringsteam har upplösts och därför har resurserna fördelats om. Vårdplanerarnas huvudsakliga uppgift är att bevaka alla ärenden både i öppenvården och i slutenvården. Vårdplaneraren ansvarar även för SIP för de patienter som ej tidigare varit inskrivna i den kommunal hälso- och sjukvården. Den nya funktionen har hittills gett god följsamhet och struktur i arbetet kring inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

Mellan Skövde kommun, vårdcentralerna i Skövde och Närhälsans primärvårds rehab pågår samverkansmöten för att få en fungerande samverkan kring de individer vi har ett gemensamt ansvar för. Under hela året har det regelbundet genomförts dialogmöte mellan kommunerna, primärvården och Skas på ledningsnivå för att komma framåt i processen.

Förebyggande insatser – Vårdprevention

Vårdprevention innebär att skador i vård och omsorg ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och lika vård. I verksamhetens förebyggande arbete ingår fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Med stöd av nationellt kvalitetsregister, Senior alert får verksamheten struktur på det förebyggande arbetet, systematik och synliggjorda resultat.

God vård vid demenssjukdom

I kommunen finns två demenssamordnare som arbetar mot persongruppen med demenssjukdom, deras närstående samt berörd personal inom Skövde kommun. Under året har de arbetat med förebyggande och stödjande insatser bland annat genom informations- och bedömningsbesök efter överrapportering från

primär- och regionalvården, interna och externa samverkanspartner samt egenanmälan. De har även arbetat med handledning, utbildning och rådgivning till närstående och till personalgrupper inom olika verksamheter med syfte att stödja och stärka vårdkvalitén.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, (BPSD) innebär att person med demenssjukdom har beteende som vandring, oro, aggressivitet med mera. Demenssamordnarna har arbetat med att driva och utveckla BPSD-arbetet inom sektorns enheter med syfte att säkra och uppnå målen i de nationella riktlinjerna. Under året har de arrangerat utbildningar till personal och BPSD-administratörer med syfte att utveckla BPSD-registrets arbetsmetod. Under hösten gjordes en inventering av BPSD-administratörer som visade att 32 nya BPSD-administratörer har utbildats under året. De har även varit delaktiga vid planering av olika projekt, nybyggnation, välfärdsteknik etc.

God vård i livets slut

Palliativa teamet på Skas har tillsammans med kommunens legitimerade personal väl inarbetade rutiner. Arbetet följs upp terminsvis genom samverkansmöte mellan MAS och palliativa teamet. Gemensamma vårdplaneringar har genomförts tillsammans med den enskilde och dess anhöriga för att ge förutsättningar för trygg och säker vård, oavsett vart vården bedrivs.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett verktyg för att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut.

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

Skyldighet att föra patientjournal är den som enligt 4 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Syfte med dokumentation är att:

- Säkerställa rättssäkerheten och ökad kvalitet för den enskilde
- Rätt vård ska kunna ges
- Annan personal ska få information om vad som hänt eller beslutats
- Vara ett underlag till bedömning för att rätt beslut fattas
- Möjliggöra granskning
- Ge information till patienten eller dess företrädare
- För personalens egen rättssäkerhet
- Dokumentation i journalen har en nyckelroll för god kvalitet

Hälso- och sjukvårdsjournal förs inom både sektor vård och omsorg och sektor socialtjänst. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter finns placerade inom Sektor vård och omsorg. Patienter som har insatser från legitimerad personal inom båda sektorerna får därför två journaler upprättade.

- Procapita, IT-stöd som används inom sektor vård och omsorg
- VIVA, IT-stöd som används inom sektor socialtjänst

Kvällar, nätter och helger ansvarar sektor vård och omsorg för sjuksköterskeinsatser inom socialpsykiatri. Det är svårt att upprätthålla kompetensen kring ett journalsystem man sällan använder, vilket kan påverka patientsäkerheten.

Vårdhygien

För att uppnå en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler så sker en nära samverkan med Vårdhygien, Västra Götalandsregionen. Arbetet tydliggörs genom:

- Hygienombud
- Punktprevalensmätning basal hygien och klädregler
- Svenska HALT

På våra äldreboende ser vi en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Där finns även ett väl inarbetat arbetssätt gällande riskförebyggande åtgärder.

Att förhindra vårdrelaterade infektioner är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. För att förebygga smitta behöver vi kunskap om smittämnen och smittvägar liksom basala hygienrutiner och klädregler. Dessutom krävs kunskaper om rengöring, desinfektion och städning.

Risk och händelseanalys

Verksamheten ska arbeta systematiskt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det innefattar bland annat att risker och negativa händelser identifieras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Ett systematiskt förbättringsarbete innebär att arbetet ska vara långsiktigt, förebyggande och präglas av ständiga förbättringar. Framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys inriktar sig på analys av risker och händelser som berör den enskilde utifrån avvikelser, lex Maria, lex Sarah samt synpunkter och klagomål. Implementering och förankringsarbete i verksamheten pågår men kräver fortsatt arbete under kommande år.

Informationssäkerhet

De chefer som tilldelar behörigheter i verksamhetssystemet ska genomföra loggkontroller varje månad. Följsamheten till rutinen har varit cirka 40 procent. Under 2019 har loggkontrollerna inte visat på något avvikande som krävt ytterligare utredning. En målsättning för 2020 är att öka följsamheten till rutinen. Det har genomförts journalgranskning under året, men enbart i samband med utredning.

3. RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

I verksamheten genomförs egenkontroller för att regelbundet och systematiskt följa upp verksamhetens resultat. Egenkontroll innebär uppföljning av följsamhet till de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i sektorns ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete. Verksamheten har förbättrat sitt arbete kring analys av genomförda åtgärder och resultat under året. Resultat från genomförda egenkontroller lyfts i större utsträckning med i enheternas planering av mål och aktiviteter, vilket är en förbättring från tidigare år. Under året har de olika områdena inom patientsäkerheten samt identifierade förbättringsområde lyfts in i en patientsäkerhetsplan. Planen har under året använts för analys av resultat, planering och utvärdering av åtgärder. Arbetet behöver utvecklas ytterligare vilket planeras för kommande år.

För att öka enheternas delaktighet i det direkta uppföljningsarbetet har en kvalitetsrevision genomförts under hösten med fokus på prioriterade områden i patientsäkerhetsarbetet.

Revisionens resultat redogör för hur långt enheterna kommit i arbetet med patientsäkerhet, vilka planerade och genomförda åtgärder som finns och uppföljning av arbetet. Kvalitetsrevisionen ligger med i sektorns årshjul för systematiskt förbättringsarbete sedan 2015 och underlaget från revisionen används vid verksamhetsuppföljning och utgör ett stöd vid utvecklingsarbetet både på enhets- och sektors nivå.

Vi kan se av resultatet i kvalitetsrevisionen är att åtgärder som genomförs oftast får långvarig effekt och är ett stöd för både avdelningschefer och enhetscheferna i planeringen av verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Under året har även verksamhetsbesök genomförts av MAS och SAS. Utifrån resultat i kvalitetsrevision och andra egenkontroller har verksamheten följts upp och eventuella åtgärder har planerats och följts upp. Återkoppling och analys har löpande skett i ledningsgruppen. Det finns behov av återkommande uppföljningar då det är ett viktigt komplement till den information och de riktlinjer rutiner som verksamheten får till sig.

Digital signering

Under hösten 2019 har arbetet påbörjats med införandet av digital signering. Den digitala signeringen ska ersätta alla signeringslistor i pappersform. Systemet Appva är en mobil och digital lösning för signering av ordinerade insatser. Appva ger kommunen möjlighet att ge god och säker vård och omsorg, följa lagrum och direktiv samt att ge sina medarbetare ett verktyg för att genomföra detta samt att mäta resultatet objektivt i realtid. Vård och omsorgspersonal har en app installerad på enheternas mobiltelefoner. Alla ordinationshandlingar från legitimerad personal läggs in i appen. Personalen kan då se alla insatser som ska utföras hos den enskilde. Vård och omsorgspersonal bekräftar att de genomfört insatsen genom att signera i systemet. Om en insats försenas eller uteblir larmar systemet om att insatsen ej blivit utförd på korrekt sätt. Den stora vinsten gäller patientsäkerheten och arbetsmiljön för personalen. Dessutom så skapar digital användning ytterligare en nivå av säkerhet då dokumentering alltid finns sparad medan papper betydligt lättare kan försvinna eller förstöras. Under hösten 2019 har digital signering införts inom hemsjukvården med gott resultat. Under 2020 kommer införandet av digital signering fortgå inom kommunal hälso-och sjukvård.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är en stor del av den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgifterna utförs både av sjuksköterskor och av omvårdnadspersonal efter delegering.

Inom hemsjukvården förvaras patientbundna läkemedel hemma hos patienten i medicinskåp med digitalt lås. Inom avdelningen för funktionsnedsättning ska förvaring av läkemedel succesivt övergå till

medicinskåp med digitalt lås. Arbetet med införandet av digitala medicinskåp kommer fortsätta under 2020. Nybyggda bostäder inom funktionsnedsättning i kommunen är sedan 2019 försedda med digitala medicinskåp från början.

Läkemedelsansvariga sjuksköterskor är utsedda i verksamheten. De har ett övergripande ansvar för en säker läkemedelshantering på respektive enhet. Under 2019 har de tillsammans med MAS sett över hela läkemedelskedjan och identifierat brister som sen har åtgärdats. Under 2019 har man fokuserat på att garantera en säker förvaring och kassation av läkemedel. Tillsammans med ledningsgrupp hälso- och sjukvård har beslut tagits om att prova ett slutet system för kassation av läkemedel med start i början av 2020. Under kommande år planeras åtgärder för att standardisera läkemedelshantering på respektive enhet där läkemedel tillhandahålls.

Delegering

Hälso- och sjukvårdsuppgifter inom den kommunala vården omfattar omvårdnad, rehabilitering och utförande av medicinska ordinationer.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns tre yrkeskategorier som är hälso- och sjukvårdspersonal: Leg. arbetsterapeut, leg. sjukgymnast/fysioterapeut och leg. sjuksköterska. En stor andel hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av vård och omsorgspersonal efter ordination/delegering från legitimerad personal, främst inom området läkemedel/läkemedelshantering.

Delegeringsprocessen har under året både effektiviserats och kvalitetssäkrats. All vård och omsorgspersonal förbereds inför delegering kring läkemedelshantering genom en webbaserad läkemedelsutbildning följt av ett kunskapstest. När webbutbildningen och kunskapstestet är godkänt träffar vård och omsorgspersonalen en sjuksköterska för att få en praktisk genomgång och handledning. Först när alla moment i delegeringsprocessen är avklarade och godkända skrivs ett tidsbegränsat delegeringsbeslut. All delegerad vård och omsorgspersonal måste årligen förnya sitt kunskapstest i webbutbildningen för att få förnyad delegering i verksamheten. Den nya delegeringsprocessen bidrar till att kunskapen aktualiseras regelbundet vilket ökar patientsäkerheten i kommunen oerhört.

Upprättandet av delegeringsbeslut från legitimerad personal har sedan införandet av digital signering enbart utförts i Appva. Legitimerad personal lägger in i appen vilka uppgifter som varje vård och omsorgspersonal har rätt att utföra. Vård och omsorgspersonal har då endast behörighet att utföra och signera de insatser som de har delegering för, utan delegering kan ej insatserna signeras.

Tandvård och munhälsa

Under året har arbetet fortsatt med att öka kunskapen om tandvård och munhälsa. De som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser ska enligt Tandvårdslagen 8 a § få erbjudande om uppsökande munhälsobedömning utan avgift och nödvändig tandvård enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Under året har det påbörjats utbildning i munhälsobedömning för sjuksköterskor och vård och omsorgspersonal. Arbetet under året har haft som mål att säkerställa att det finns intygsutfärdare inom både hälso- och sjukvård samt socialtjänst för att fånga upp och identifiera alla med rätt till nödvändig tandvård.

Taik-projektet

Sedan hösten 2018 pågår projektet TAIK (tandhygienist i kommunal vård) i Skövde kommun. TAIK-projektet kommer pågå i tre år. Förutom hälsofrämjande och förebyggande insatser är projektets mål att säkra goda munvårdsrutiner för äldre som inte klarar av sin munvård själv. Tandhygienisten har påbörjat sitt arbete med att utbilda vård och omsorgspersonal inom äldreomsorgen i munhälsovård, arbetet med att utbilda vård och omsorgspersonal kommer att fortsätta nästa år.

Vårdsamverkan

Vård på rätt vårdnivå - Oplanerade transporter till sjukhus

Mobil närvård syftar bland annat till vård på rätt vårdnivå. Sedan flera år har en mätning av antalet oplanerade transporter till sjukhus genomförts under en 8 veckors period i början på året. Målet med mätningen är att ge ett bra underlag för analys i arbetet med att ge vård på rätt vårdnivå. Resultatet visar som tidigare år att de flesta beslut har fattats av sjuksköterska. Orsaken till den oplanerade akuta transporten till sjukhus har orsakats av en känd problematik för 15 % av patienterna. Årets mätning visar även som föregående år att enbart ett fåtal av patienterna varit inskrivna hos mobil hemsjukvårdsläkare eller haft en medicinsk vårdplan.

Medicinska vårdplaner ökar möjligheterna för sjuksköterskan att avgöra vad som är optimal vårdnivå för patienten då dennes medicinska allmäntillstånd hastigt försämras. Sjuksköterskorna har enligt tidigare uppsatta mål utbildats i en strukturerad och kvalitetssäkrad modell för bedömning, beslutstödet BViS. Syftet var att öka sjuksköterskans möjlighet till professionell bedömning i en akut situation. Trots utbildningssatsning har beslutstödet endast använts till viss del. Ytterligare åtgärder planeras därför under 2020. Användandet följs även upp i samband med kommande mätningar av oplanerade transporter.

Tabell 2. Antal oplanerade transporter till sjukhus från den kommunala hälso- och sjukvården i Skövde.

ÅR	2017	2018	2019
Hemsjukvård	76	56	77
Korttid	9	11	18
Särskilt boende	36	55	38
Antal transporter per dygn	2,2	2,2	2,6
Summa	121	122	144

Underlaget för registreringarna omfattar ca 1300 patienter.

Följsamhet till mobil närvård

Inom vårdsamverkan genomförs även mätningar kring följsamhet till den mobila närvården genom nedanstående områden. Resultatet används inom respektive område för att prioritera och arbeta för bättre följsamhet.

- Patienternas upplevda nöjdhet
- Medicinska vårdplaner
- Utskrivningar från sjukhus
- Att läkemedelslista finns med vid utskrivning
- Identifierade felaktiga läkemedelslistor vid utskrivning

Andelen medicinska vårdplaner har fortsatt att öka. Målet för 2019 har varit att öka andelen för samtliga verksamheter och resultatet visar att vi genomför betydligt fler medicinska vårdplaner både inom särskilt boende och i hemsjukvården. Antalet medicinska vårdplaner för särskilt boende har ökat till 83%. Inom hemtjänst har antalet medicinsk vårdplaner ökat till 49%. Det är en tydlig förbättring från föregående år.

Vårdprevention

Inom särskilt boende har man ett välfungerande arbetssätt kring förebyggande åtgärder. Medarbetarna genomför regelbundet riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och munhälsa och upprättar åtgärdsplan och planerar uppföljning. Inom hemtjänst är däremot endast ett fåtal riskbedömningar genomförda. Riskbedömningar ska göras inför en medicinsk vårdplanering. I hemsjukvården finns ett större antal medicinska vårdplaner än antalet riskbedömningar som är registrerade i kvalitetsregistret Senior alert. Orsaken till detta är inte klarlagt och behöver fortsätta hanteras. Det kan bero på att det saknas kompetens för att registrera i databasen. Det kan även bero på att sjuksköterskorna inte följer rutinerna inför medicinsk vårdplanering.

Trycksår

I kvalitetsregistret Senior alert registreras uppgifter om trycksår i samband med riskbedömning. Mätning har genomförts under en vecka i november och omfattar personer inom särskilt boende, korttid och till viss del inom hemtjänst. Under perioden registrerade sammanlagt 46 trycksår på totalt 36 personer. Även tidigare år har antalet trycksår varit större än antalet personer med trycksår.

Den största andelen trycksår är av grad 1-2, dvs. rodnad som inte bleknar vid tryck, ytliga sår, avskavningar av hud eller blåsa. Under 2018 var 32 st. av trycksåren av grad 1-2.

Det kan vara svårt att definiera graden av ett trycksår och se skillnad på ett trycksår och till exempel sår orsakat av fukt. Det krävs kunskap hos baspersonalen både i förebyggande arbete och diagnostik. Samverkan med sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut är viktigt i arbetet med att förebygga trycksår.

Vid vård i livets slut kan det vara mer humant att inte arbeta med vändschema och profylaktiskt åtgärder utan istället lindra symtomen. Vi strävar därför efter goda kunskaper hos medarbetarna samt teamsamverkan istället för ett nollvärde kring trycksår.

God vård i livets slut

Under 2019 har verksamheten försökt att se över de förbättringsområden som behövs för att bedriva en god vård i livets slut. Palliativa utvecklingsgruppen har granskat resultatet i registret och identifierat flera förbättringsområden som verksamheten behöver prioritera under 2020. De har identifierat och sammanställt ett standardiserat arbetssätt för hur arbetet ska drivas framåt i verksamheten. Dock har arbetet med införandet av detta avstannat. Resultatet för 2019 visar lägre följsamhet till ett flertal indikatorer. Trots dåliga resultat kring munhälsa och utförd validerad smärtskattning är man i verksamheten överens om att patienter i livets slut både fått regelbunden munvård och smärtlindring efter behov.

Tabell 3. Resultat(andel) för Skövde mellan 2017–2019 för indikatorerna i Svenska palliativregistret.

Indikator	2017	2018	2019
Läkarinformation till patienten/dokumenterat brytpunktsamtal	59 %	71 %	68 %
Munhälsa bedömd/dokumenterad munhälsa	42 %	33,1 %	26,4 %
Avliden utan trycksår/ej trycksår vid dödsfallet	85 %	86 %	93%
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	-	86,8 %	87,6 %
Utförd validerad smärtskattning/ smärtskattning	33,5 %	22,1 %	14,7 %
Injektionsläkemedel mot smärta	95,5 %	97,1 %	97,7 %
Injektionsläkemedel mot ångest	95 %	96 %	96,9 %

Vårdhygien och smitta

Under våren har punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler genomförts. Totalt har 594 observationer genomförts varav 576 finns registrerade i den nationella databasen. Observationsstudien visar på en ökad följsamhet till alla 8 steg kring basala hygienrutiner och klädregler i jämförelse med mätningen som genomfördes 2018. Resultatet från årets mätning har presenterats och diskuterats i ledningsgruppen. Samtliga enhetschefer har också fått resultatet presenterat. Material för att upprätthålla en god hygien och tillgång till arbetskläder finns inom samtliga enheter. Bristerna handlar om att regelverket inte efterföljs. Både ledning och cheferna för respektive enhet behöver ställa högre krav på följsamhet till basala hygienkrav och klädregler. De behöver även ge hygienombuden större mandat och stöttning i att driva hygienfrågorna i det dagliga arbetet.

Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT). I år har folkhälsomyndigheten valt att inte göra någon HALT-mätning. Anledningen är att Folkhälsomyndigheten ska se över hur de ska förvalta mätningen, kostnaderna och hur ofta de ska göra mätningen i fortsättningsvis.

Egenkontroll, prioriterade områden

En samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål inom prioriterade områden.

Tabell 4. Prioriterade områden inom patientsäkerhet

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Följsamhet till samordning vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell plan, SIP	Lärande organisation Upprätthålla samverkan och dialog på både tjänstemanna- och ledningsnivå. Gå från samverkan på generell nivå till att samverka konstruktivt och konkret på enhets- och individnivå.	Startat ett vårdplaneringsteam med fokusering på in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell plan, SIP Utbildning i process och stöd för alla berörda medarbetare. Dialog och samverkan inom sektorn, med sektor socialtjänst och med andra vårdgivare kring utskrivningsprocess och identifierade avvikelser	Antalet genomförda SIP har ökat. Det genomförs regelbundet SIP, både i samband med utskrivning från sjukhus och när behov identifieras. Medarbetarna har en ökad kunskap om den nya in- och utskrivningsprocessen	Verksamheten har under året kommit närmare målet med följsamhet till samordning vid in- och utskrivning och SIP. Det finns dock behov av ett fortsatt arbete inom flera områden. Vårdplaneringsteamets arbete har fallit väl ut. Verksamheten har fått en ökad följsamhet vid in- och utskrivning. De flesta SIPar genomförs i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Deltagandet från samtliga

		<p>Kartlagt en process för att utreda och ge hälso- och sjukvård</p> <p>Identifiera och utreda avvikelser</p>		<p>professioner har ökat från tidigare år.</p>
<p>Mål 2 Säker läkemedels- hantering</p>	<p>Strategi/er Läkemedels- ansvarig sjuksköterska</p> <p>Öka kompetensen hos baspersonal</p>	<p>Åtgärder Reviderad riktlinje för läkemedelshantering</p> <p>Standardiserat introduktion och förberedelser inför delegering</p> <p>Webbaserad läkemedels- utbildning med kunskapstest har införts för baspersonal Sjuksköterskans information och handledning inför delegering har standardiserats.</p> <p>Registrering, utredning och åtgärder kring avvikelser</p>	<p>Resultat Ledningsgrupp hälso- och sjukvård har upprättat aktivitetsplan för att säkerställa följsamhet till ny riktlinje</p> <p>Samtlig vård och omsorgspersonal både ny och redan anställd genomför utbildning om läkemedel inför delegering och förnyelse av delegering och träffat ssk för genomgång och handledning innan beslut om delegering</p> <p>Antalet avvikelser kopplat till läkemedel har minskat betydligt.</p> <p>1519 st. avvikelser kring</p>	<p>Analys Vi har en fungerande läkemedelshantering men behöver få den mer enhetlig i verksamheten.</p> <p>Ssk har påbörjat arbete för att anpassa läkemedels- hanteringen till ny riktlinje, arbetet behöver fortgå under 2020</p> <p>Den nya formen av introduktion och utbildning kring läkemedelshantering har höjt kompetensen betydligt och blir viktig för det fortsatta arbetet</p> <p>Arbetet med att registrera och analysera avvikelser i verksamheten måste fortgå. Varje dygn överlämnas ett stort antal läkemedels- doser, det finns därför risk för att avvikelser inträffar även fortsättningsvis.</p>

			läkemedel. Ökning med 34 st. från år 2018.	
Mål 3 God munhälsa	Strategi/er Öka kompetensen hos medarbetare	Åtgärder Sedan hösten 2018 har projektet Tandhygienist i kommunal verksamhet, TAIK pågått och planeras pågå till hösten 2021 Information om projektet och utbildningar till legitimerad samt vård och omsorgspersonal har påbörjats och kommer att fortsätta under 2020 Översyn är påbörjad av följsamhet till att erbjuda munhälso- bedömning och utfärda intyg för nödvändig tandvård	Resultat Enhetscheferna är informerade om projektet och om planerade utbildningar Under 2019 har TAIK-projektet ej haft den effekt man önskat. Kommunens vård och omsorgspersonal har ej genomfört utbildning i den utsträckning man hade planerat.	Analys Det finns stora förbättringsmöjligheter inom munhälsa. Kompetensen måste öka hos samtliga medarbetare för att nå målet med en god munhälsa. Utbildning i munhälsobedömning för sjuksköterskor samt vård och omsorgspersonal kommer att prioriteras under 2020.

Avvikelser

Avvikelser till och från annan vårdgivare

Totalt har 273 avvikelser skickats till annan vårdgivare. Främst handlar avvikelserna om brister i samband med utskrivning från sjukhuset. Återkommande avvikelser handlar kommunikation och dokumentationen som ska överföras mellan enheterna. Kommunen får svar på avvikelser som vi skickar till annan vårdgivare men innehållet i svaren är oftast kortfattat och övergripande vilket sällan bidrar till förbättringsförslag.

Ledningsgruppen är överens om att vi måste prioritera fortsatta dialoger både på ledningsnivå och på individnivå. Verksamheten behöver fokusera på att arbeta med samverkan och hantera avvikelser genom att utreda, åtgärda och följa upp det som faktiskt brister.

Tabell 5. Antal externa avvikelser.

Avvikelse:	2017	2018	2019
Från SkaS	11	11	43
Till SkaS	154	110	197
Från Primärvård	2	4	21
Till Primärvård	18	18	56
Från Övrigt	0	0	0
Till Övrigt	11	23	4

I övrigt ingår: privat assistansbolag, annat sjukhus och Samresor AB.

Interna avvikelser

Avvikelserna hanteras på respektive enhet, de utreds, åtgärdas och följs upp. Uppföljning av avvikelser lyfts bland annat på teammöten och på APT. Under året har en översyn av IT-stödet för avvikelsemodule genomförts. Avvikelsemodulen har reviderats, förenklats och utvecklats för att få en ökad följsamhet. En ny rutin och manual för avvikelshantering inom kommunen har påbörjats och beräknas vara klar i början av 2020. Den nya rutinen och manualen är påbörjad för att förenkla och tydliggöra avvikelseprocessen för samtliga verksamheter i kommunen oavsett om avvikelserna har inträffat inom de olika lagrummen SOL, HSL eller LSS. En samlad rutin och manual för avvikelshantering inom kommunen kommer att öka följsamheten och på så vis bidra till en ökad patientsäkerhet då man i en avvikelse identifierar händelser, risker och klagomål. Den nya rutinen tydliggör vem som ansvarar för de olika momenten i avvikelseprocessen. Under 2020 kommer arbetet försätta med att implantera den nya rutinen och manualen inom samtliga verksamheter.

Den vanligaste orsaken till avvikelse är som tidigare år inom området läkemedel och fall. Det kommer krävas flera åtgärder för att säkra läkemedelshanteringen. En översyn av läkemedelshanteringen har påbörjats och ledningsgruppen för hälso- och sjukvård är överens om att läkemedelshanteringen ska vara ett prioriterat område under 2020. Webbutbildningen kring läkemedelshandling som samtlig vård och omsorgspersonal genomför ger ökad kunskap och ansvarstagande hos vård och omsorgspersonal. Webbutbildningen bidrar till ökad kvalitet och kunskap hos vård och omsorgspersonal. Den pågående övergången till digital signering beräknas också bidra till ökad kvalitet så snart det införs på samtliga enheter.

Antalet fallolyckor har ökat något sedan året innan. Det är viktigt att identifiera eventuella risker och orsaker till fallolyckor för att kunna förebygga dem. Endast ett fåtal fallolyckor leder till skada för den enskilde. Vanliga skador är sår, blåmärke och övergående smärta. Både för 2019 och året dessförinnan ledde endast 19 % av fallolyckorna till en skada.

Tabell 6. Antal avvikelser per år mellan åren 2017–2019.

År	2017	2018	2019
Totalt antal avvikelser	3766	4379	4218
Läkemedelshandling	1296	1485	1519
Omvårdnad/rehabilitering	131	103	107

Övriga avvikelser	2339	2791	2592
-------------------	------	------	------

I gruppen övriga avvikelser ingår: Fall, bemötande, dokumentation, information/samverkan och medicintekniska hjälpmedel.

Klagomål och synpunkter

Under 2019 har sektor för vård och omsorg fått 48 klagomål/synpunkter på verksamheten och 34 felanmälningar via kontaktcenter. Det är i jämförelse med föregående år en dryg fördubbling av klagomål/synpunkter men en halvering av felanmälningar. Störst frekvens av klagomål/synpunkter finns på innehållet i erhållen tjänst, kring bemötande samt fysisk miljö, tillgänglighet och öppettider. Störst frekvens av felanmälningar gäller fel på trygghetslarm, fastighet och hjälpmedel. Under sommaren 2019 infördes ett internt klagomål/synpunktshantering i verksamhetssystemet utav de klagomål/synpunkter som inkommer direkt till verksamheten. Denna registrering har blivit implementerad i verksamheten. Det finns tecken på en ökad trend att brukare/företrädare har synpunkter/klagomål kring verksamheten i takt med att medborgarna blir allt mer upplysta om vilka alternativ och rättigheter som finns. Det innebär ökade krav på insatser och tjänster av god kvalitet. Det råder fortfarande oklarheter kring hur man tar hand om, åtgärdar och sammanställer klagomål/synpunkter som kommer från brukare/anhöriga till kontaktcenter. Arbete under året har varit inriktat på att hantera rutiner och verksamhetssystem men behöver nu övergå till ett processarbete där man fokuserar på arbetssätt och de moment som ingår i synpunkt/klagomålshantering.

Händelser och vårdskador

I samband med genomförda utredningar under året har behovet av att arbeta tvärprofessionellt tydliggjorts. Vi har rutiner för teamsamverkan redan idag men det finns behov av att lyfta fram och prioritera det ytterligare under kommande år. Andra händelser som utretts visar på vikten av att göra patient och anhöriga delaktiga och att återkommande upprepa information och planerade insatser för att minska risken för missförstånd eller otrygghet uppstår hos den enskilde. Den kommunala hälso- och sjukvården blir mer och mer avancerad och ställer därför höga krav på goda kunskaper, handledning i specifika situationer och täta uppföljningar av legitimerad personal vilket framkommer då man utreder händelser i verksamheten.

4. Mål och strategier för kommande år

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Se över strukturen för patientsäkerhetsarbetet
- Öka kunskap och tillämpning av risk- och händelseanalys
- Samordna hanteringen av klagomål och synpunkter
- Följsamhet till riktlinjer och rutiner

Samverkan

- Följsamhet till samordning vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell plan, SIP

Vårdprevention

- Säkerställa kompetens och regelverk kring munhälsa
- Följsamhet till kvalitetsregister Senior alert, Palliativregister och BPSD