

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Vård och omsorg

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål.....	3
Organisatoriskt ansvar.....	3
Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet.....	8
Struktur för riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Riskanalys	10
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	10
Mål	10
Strategier	10

Sammanfattning

Vårdgivaren Forshaga kommun är enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska innehålla:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
3. Vilka resultat som uppnåtts

Åtgärder som utförts är bland annat deltagande i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativregistret. Egenkontroller har utförts genom sammanställning och analyser av rapporterade avvikelser från hälso- och sjukvårdspersonalen samt självskattningsenkät gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Kvalitetsgranskning av läkemedel har genomförts och synpunkter från patienter och närstående har beaktats då detta inkommit.

Övergripande mål

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

Vård- och omsorgsnämnden i Forshaga kommun har inför 2017 inte uttalat något specifikt mål för hälso- och sjukvårdsverksamheten men precis som tidigare år har förvaltningen arbetat mot att hälso- och sjukvården ska hålla hög kvalitet. Aktiviteter för att uppnå detta under 2017 har varit:

- Årlig kvalitetskontroll av hälso- och sjukvården inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Uppföljning av riskbedömning i Senior Alert

Kvalitetskontroll av verksamheten har under hösten gjorts genom kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen inom hemtjänst och särskilt boende.

Deltagande i nationella kvalitetsregister har fullföljts genom fortsatt registrering i Svenska palliativregistret, Senior Alert och BPSD registret.

Organisatoriskt ansvar

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

Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

SOSFS 2011:9, 3 kap 1-3 §

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Vård och omsorgsnämnden

Nämnden är ansvariga för att

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen

Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef HSL

Ansvarar för

- att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att målen formuleras så att de är mätbara samt att de uppnås
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, medicinskt ansvariga för rehabilitering får möjlighet att fullfölja sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Skall biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att:

Ansvara för att

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs
- att det finns behövliga rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

-följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Enhetschef hälso- och sjukvård

Planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att leda och fördela arbetet på ett säkert sätt.

Ha rutiner för att

- hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Ansvara för att

- rutiner, riktlinjer och instruktioner för samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR efterlevs.

Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamheten hemsjukvård styrs av riktlinjer och rutiner som revideras 1 gång/år eller vid behov.

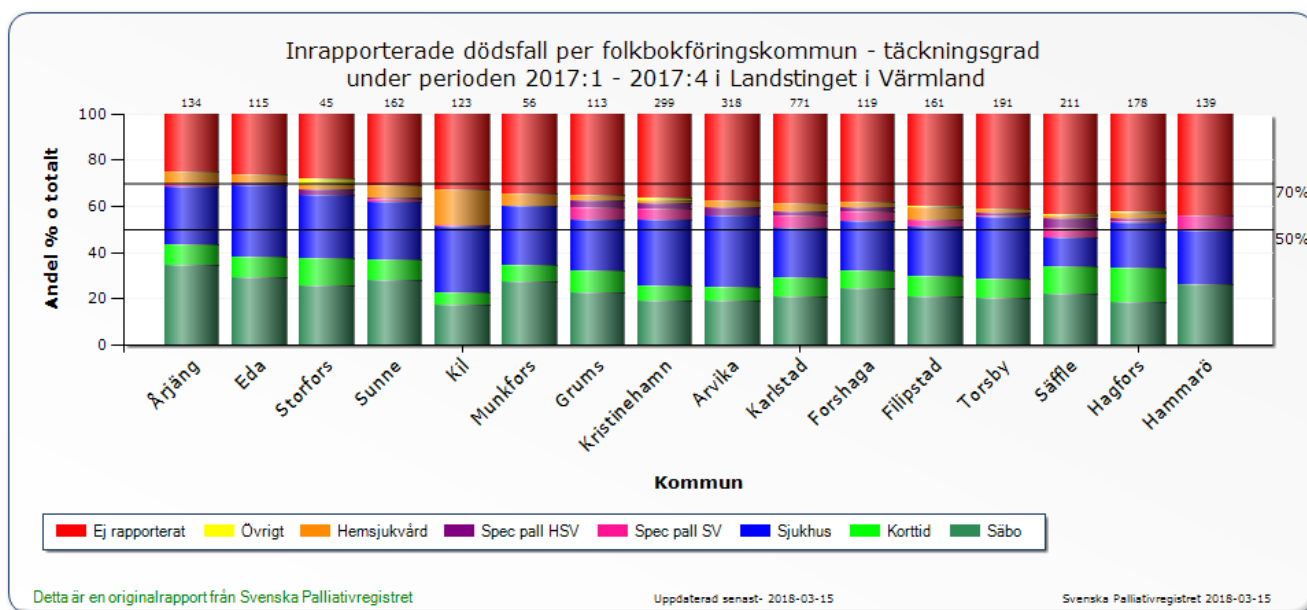
Arbete med nya och revidering av äldre riktlinjer och rutiner har under året skett på ett flertal områden. Samverkan ang. nya, befintliga och reviderade riktlinjer och rutiner genomförs kontinuerligt med sjuksköterskor och enhetschefer som i sin tur har ansvaret för att uppdatera övrig personal.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen har under hösten gjorts i verksamheterna hemtjänst och särskilt boende. Den påvisade framförallt vissa brister i nyckelhandlingen till vårdtagarnas medicinskåp på särskilt boende. Det finns sedan tidigare rutiner för detta och de har åter implementerats. Förövrigt hittades inga allvarliga brister och behovet av förändring i rutiner gällande läkemedelshandling i dessa verksamheter var således minimal.

Via projektpengar har hemsjukvården fått tillfälle att via leasingavtal prova Evondos® E300 - en läkemedelsrobot som gör vardagen lättare för vårdtagare med långtidsmedicinering. Läkemedelsroboten är ett personligt hjälpmedel som vårdtagare med långtidsmedicinering använder hemma. Läkemedelsautomaten gör vardagen enklare genom att påminna om läkemedel och dela ut dem med en enkel knapptryckning. Läkemedelsroboten säkerställer att läkemedlen ges ut vid rätt tidpunkt och ger råd när läkemedlen ska tas. När det är dags att ta läkemedel blir vårdtagaren påmind om detta med ljus- och ljudsignaler. Vårdtagaren blir instruerad med tal på sitt modersmål och en uppmaning visas även på en skärm. Läkemedelsroboten kommunicerar med vårdpersonalen via ett distansvårdssystem. Distansvårdssystemet är kopplat till automaten via en internetförbindelse och gör det möjligt att förmedla information till vårdpersonalen. Om läkemedel inte tas förmedlas också den informationen till systemet. Vårdpersonalen kan skicka meddelanden till läkemedelsroboten och på så sätt är den även ett kommunikationsverktyg med vårdtagaren.

Under 2017 har förvaltningen fortsatt arbetet med nationella kvalitetsregister, bla Senior Alert och Svenska Palliativregistret.

För att förbättra vården i livets slutskede har vi tillsammans med Landstinget i Värmland fortsatt registrera i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret. Ansvaret för att registrera i registret har hemsjukvårdens sjuksköterskor och det är vårdtagare med pågående hemsjukvård och som avled i Forshaga kommun under 2017 som registrerats i kvalitetsregistret. Tillsammans med landstingets registrering av avlidna motsvarar detta 62,18 procent (jmf 58,65%) av alla som enligt folkbokföringen avlidit i Forshaga kommun under 2017. En liten ökning jämfört med året innan.



Målsättningar i Värmland beträffande palliativ vård åren 2017-2019 är:

- Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2018
- Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning 2019

Resultaten för 2017 beträffande brytpunktssamtal och validerad smärtskattning ser ut enligt nedan:

Brytpunktssamtal kommun			Validerad smärtskattning kommun		
Kommun	2017	2016	Kommun	2017	2016
Värmland	57,7%	57,1%	Värmland	38,3%	26,7%
Grums	89,3%	82,8%	Kil	68,2%	61,9%
Storfors	76,9%	0,0%	Arvika	52,0%	52,9%
Kil	74,1%	76,7%	Sunne	50,7%	31,0%
Kristinehamn	70,2%	71,0%	Säffle	50,0%	11,1%
Arvika	67,6%	68,1%	Hagfors	50,0%	23,9%
Sunne	65,4%	51,8%	Årjäng	45,0%	27,5%
Årjäng	62,9%	50,0%	Kristinehamn	44,7%	39,0%
Munkfors	61,1%	57,1%	Munkfors	43,5%	56,0%
Säffle	56,5%	59,3%	Karlstad	37,3%	25,4%
Eda	53,3%	69,4%	Eda	34,1%	20,7%
Torsby	52,8%	60,0%	Filipstad	27,8%	10,6%
Karlstad	48,8%	50,3%	Storfors	23,5%	0,0%
Hagfors	48,6%	38,7%	Grums	20,5%	18,4%
Forshaga	45,0%	28,0%	Forshaga	7,5%	3,0%
Filipstad	38,5%	60,0%	Hammarö	5,9%	0,0%
Hammarö	36,4%	42,9%	Torsby	1,9%	5,7%

Brytpunktssamtal LiV			Validerad smärtskattning		
Landstinget	2017	2016	Landstinget	2017	2016
Värmland	41,2%	41,3%	Värmland	18,0%	15,7%
Säffle	50,0%	0,0%	Arvika sjukhus	25,2%	7,7%
Kristinehamn	50,0%	33,3%	CSK	18,5%	19,7%
CSK	47,2%	48,2%	Torsby sjukhus	9,5%	6,3%
Arvika sjukhus	28,4%	24,0%	Kristinehamn	0,0%	0,0%
Torsby sjukhus	25,0%	25,9%	Säffle	0,0%	0,0%

När det gäller brytpunktssamtal i livets slutskede och smärtskattning med validerat instrument har en liten förbättring skett 2017 jmf 2016. Genom intensifierad samverkan med landstingets vårdcentral på orten ökar möjligheten till förbättringar inom området palliativ vård och specifikt brytpunktssamtal samt smärtskattning under 2018.

När det gäller område vårdhygien har samarbetet med smittskydds-enheten inom landstingets organisation fortsatt. Under 2017 har kontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner gjorts via självskattningsformulär. För att öka kunskapen om betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner har hygienutbildningen som startades av MAS under våren 2015, även fortsatt under 2017. Denna utbildning ges till all nyanställd personal i samband med utbildning i grundläggande delegeringskunskap.

Under hösten genomfördes en självskattning av följsamheten till basala hygienrutiner, mätningen gjordes på särskilt boende och i samtliga hemtjänstgrupper.

Mätningen gällde den första vårdtagaren man mötte den aktuella dagen man fick enkäten. Personalen anger vilken typ av vårdnära arbete som man utfört sedan ska man motivera sina eventuella Nej-svar i enkäten. Det är nio stycken frågor med ja och nej som svarsalternativ. Totalt har 61 st enkätsvar inkommit från enheterna.

Mätningen visar god följsamhet i 6 av 9 steg och det brister framförallt i att man inte använder handsprit före vårdtagarnära arbete och i användandet av plastförkläde vid vårdtagarnära arbete.

Man kan utifrån mätningen även konstatera att följsamheten till basala hygienrutiner fungerar bättre på särskilt boende än i hemtjänsten. Bristerna finns fortfarande på samma punkter men resultatet för användning av handsprit före vårdtagarnära arbete och användning av plastförkläde vid vårdtagarnära arbete visar på en bättre följsamhet.

Följande frågor ingick:	JA	NEJ
1. Handsprit före vårdtagarnära arbete	54 %	46 %
2. Handsprit efter vårdtagarnära arbete	100 %	0 %
3. Använt handskar vid vårdtagarnära arbete	96 %	4 %
4. Använt plastförkläde vid vårdtagarnära arbete	67 %	33 %
5. Kortärmad tröja	99 %	1 %
6. Utan ring	97 %	3 %
7. Utan armband	97 %	3 %
8. Utan klocka	100 %	0 %
9. Kort eller uppsatt hår	97 %	3 %

Vi strävar efter en följsamhet på 100 % gällande samtliga delar i basala hygienrutiner och uppföljning finns med som egenkontroll i ledningssystemet för kvalitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För att öka patientsäkerheten och samarbetet har kommunen sedan många år tillbaka ett samverkansavtal med landstingets vårdcentral som är belägen i kommunen. Gemensamma träffar med personal från båda verksamheterna har under 2017 förekommit vid 4 tillfällen. På dessa träffar diskuteras bland annat

- aktuella organisatoriska frågor,
- personalbemanning,
- läkarmedverkan vid våra särskilda boenden och i ordinärt boende
- samverkansfrågor,
- rehabiliteringsfrågor och
- övriga aktuella gemensamma frågor
- Inträffade avvikelser mellan hemsjukvård och vårdcentralen

Målet är en god och säker vårdkedja för våra gemensamma patienter.

Förebygga läkemedelsfel i vården - Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2017 i samverkan med läkemedelsenheten inom Landstinget i Värmland och vårdcentralen fortsatt arbetet med att genomföra läkemedelsgenomgångar för alla vårdtagare som bor i särskilt boende.

I samverkan med vårdcentralen gjordes under 2017 en gemensam satsning för att öka antalet läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende. Under våren och hösten genomfördes läkemedelsgenomgångar på patienter i ordinärt boende med kommunal hemsjukvård, detta arbete kommer även att fortsätta under 2018.

Samverkansrutiner mellan Forshaga kommun och Landstinget i Värmland finns också bla när det gäller riktlinjer och rutiner för vårdplanering.

En gemensam utbildning mellan Värmlands kommuner och landstinget inleddes under hösten 2016. Tanken är att kommuner och landsting tillsammans ska jobba strukturerat med gemensamma kommunikations- och bedömningsinstrument: SBAR, NEWS och ProAct.

I Forshaga kommun har två sjuksköterskor utbildats till instruktörer och de har under 2017 utbildat den egna yrkesgruppen och del av omvårdnadspersonalen. Utbildningen inkluderar utbildning till all omvårdnadspersonal och sträcker sig över lång tid, beräknas vara klar under 2018.

Avvikelsehanteringen mellan kommunen och Landstinget i Värmland skrivs fortfarande på papper eftersom inget gemensamt datasystem för avvikelser finns. Avvikelser som kommer till vård- och omsorgsförvaltningen från landstinget tas emot av MAS och skickas sedan ut till berörda enhetschefer för analys och information till berörd personal, ev även revidering av rutiner.

Svar på avvikelserna skickas sedan via MAS tillbaka till den enhet inom Landstinget i Värmland som avvikelserna kom ifrån. Avvikelser som skickas från kommunen till landstinget skickas via MAS till Patientsäkerhetsenheten inom landstinget.

Samverkan med andra kommuner och Landstinget i Värmland sker även genom:

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Centralsjukhuset i Karlstad - t ex inför sommar- och juledigheter
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m
- Avtalsgrupp för samverkan mellan kommunerna i Värmland och landstinget- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Länsövergripande arbetsgrupper
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom landstinget

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
2. de riskanalyser som har gjorts,
3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,
4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. En logg är den registrering och lagring av all aktivitet som sker i ett IT-system. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva, vårdplaneringssystemet Meddix och sammanhållen journalföring i Nationell Patientöversikt, NPÖ, säkerställer vi som vårdgivare trovärdigheten gentemot den enskilda vårdtagaren att eventuell obehörig åtkomst till dokumenterade patientuppgifter kontrolleras. Syftet med uppföljningen är att granska hur tillgång till patientuppgifter nyttjas i förhållande till gällande regelverk. För att kunna övervaka att tillgång till patientuppgifterna nyttjas enligt fastställda regler är en regelbunden uppföljning viktig. Detta ställer krav på registrering/ loggning av vårdinformationssystem.

Kvalitetskontroll av dokumentationen görs kontinuerligt, åtminstone två gånger per år. Mas och samtliga sjuksköterskor diskuterar dokumentationen i omvårdnadsjournalen, vid detta tillfälle görs även journalgranskning. Under året har två händelser anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utifrån bristande dokumentation som lett till betydande brister i patientsäkerheten. Bristerna i dokumentationen upptäcktes delvis vid granskningar av journaler. Omvårdnadspersonalens dokumentation granskas genom stickprovskontroller 3-4 ggr per år.

Struktur för riskanalys

Via förvaltningens verksamhetssystem görs det riskanalyser på alla avvikelser som inträffar i verksamheten, riskanalyser sker även i samband med organisationsförändringar och större rutinförändringar. Händelseanalys av särskilt allvarliga avvikelser sker i samband med internutredning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

Avvikelsehantering

Avvikelseberättelsen inom vård- och omsorgsförvaltningen sker framförallt via verksamhetssystemet Treserva. Målet är att alla avvikelser som sker ska rapporteras, åtgärdas och leda till en trygg och säker vård och att vi på sikt ska minska avvikelserna till antalet. Under 2017 har rutinen gällande analys av inträffade avvikelser reviderats. Enhetschef är mottagare av samtliga avvikelser som sker på respektive enhet och ska således ha en helhetsbild över de avvikelser som inträffar. Avvikelse gällande händelser enligt socialtjänstlagen analyseras av enhetschefen på enheten och avvikelser gällande händelser inom hälso- och sjukvård vidarebefordras till sjuksköterska, rehab och/eller enhetschef HSL. Avvikelse som i riskanalysen skattas till 8 eller mer utgör så stor risk att bakomliggande orsaker alltid ska identifieras och vidarebefordras till MAS för intern utredning.

Enhetschef och i förekommande fall ansvarig sjuksköterska/rehab personal ska analysera varje inträffad avvikelse ute på enheterna i verksamheten. Inträffade avvikelser och ev åtgärder ska även återkopplas till omvårdnadspersonalen på APT.

Antalet avvikelser sammanställs och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden 4 ggr/år.

Avvikelse gällande fall

Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av dem som efter ett fall får en höftledsfraktur kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20-25 procent. Orsakerna till att äldre faller har att göra med muskelstyrka, balans, gångsvårigheter, syn och reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Ett av målen för hälso- och sjukvården i kommunen inför 2017 var att med hjälp av riskbedömningar och vid ökad risk, planerade åtgärder via det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Under 2017 har det inrapporterats 877 falltillbud i jämförelse med 957 året innan, vilket är en minskning med cirka 8,5 procent. Noterbart i detta sammanhang är, precis som under föregående år att en individ med hög fallfrekvens stått för 138 rapporterade fall under 2017.

Avvikelse gällande läkemedel

Totalt har 826 avvikelser gällande läkemedelshantering inrapporterats vilket är en ökning med 120 procent jämfört med 2016 (375 st). Läkemedelshantering är en stor del av kommunens hälso- och sjukvård, vid ca 160 000 tillfällen/ år tilldelas läkemedel. Förvaltningen arbetar ständigt med att försöka göra hanteringen säkrare, delegerad personal har skyldighet att skriva avvikelser så snart de upptäcker att något i hanteringen kring läkemedel riskerar att bli eller redan blivit fel. De två största orsakerna till avvikelser 2017 är fortfarande "Utebliven dos" (ca 80 procent) och "Läkemedel feldoserat". Utebliven dos innebär att delegerad personal missat att ge medicinen vid rätt tillfälle eller så har patienten inte fått den alls. Det upptäcks ofta vid nästa tilldelning av läkemedel. Hemtjänstverksamheten står för den största delen av antalet avvikelser gällande utebliven dos och under hösten implementerades en ny rutin vid analys av avvikelserna i en av hemtjänstgrupperna (grp 3-4). Denna rutin har minskat antalet avvikelser på den enheten och har nu implementerats i hela hemtjänstverksamheten. Det pågår även ett arbete med att analysera eventuella skillnader i rutiner vid tilldelning av läkemedel mellan kommunens hemtjänstgrupper. Vi kan också se att användningen av Evondos läkemedelsrobot ökar patientsäkerheten genom minskat antal uteblivna doser. Det har under 2017 inte rapporterats en utebliven dos hos de vårdtagare som har Evondos läkemedelsrobot.

Arbetsbelastningen för kommunens sjuksköterskor gällande iordningställande av dosetter har minskat något r/t att fler patienter får dosdispenserade läkemedel och avvikelser gällande "Läkemedel feldoserat" har minskat i förhållande till föregående år. För att öka patientsäkerheten och minska antalet fel i läkemedelshantering arbetar förvaltningen ständigt med att försöka få fler vårdtagare med dosdispenserade läkemedel. Hantering av dosdispenserade läkemedel ökar patientsäkerheten avsevärt.

Vid samtliga avvikelser tar omvårdnadspersonalen kontakt med tjänstgörande sjuksköterska och man vidtar då åtgärder på kort och/eller lång sikt och minskar därmed risken att vårdskada uppkommer.

Det hanteras dock fortfarande ett stort antal dosetter i verksamheten och flera vårdtagare har både dosdispenserade läkemedel samt läkemedel i dosett.

Risakanalys

Allvarlighetsgraden på ”utebliven dos” bedöms som måttlig då det är en övergående funktionsnedsättning eller skada. Sannolikheten är mycket stor eftersom det kan inträffa dagligen.

Risker som skattas åtta eller mer utgör en stor risk där bakomliggande orsaker ska utredas. Värdet för avvikelserna bortglömd dos är åtta och därför pågår utredning av bakomliggande orsaker.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter gällande hemsjukvård anländer till förvaltningen per telefon, brev, e-post m.m. De tas emot och diarieförs samma dag som rapporten kommer in. Klagomål och synpunkter vidarebefordras till ansvarig enhetschef för ev. åtgärder och återkoppling.

Sammanställning och analys

Klagomål och synpunkter som inkommer till förvaltningen analyseras och riskbedöms kontinuerligt. De sammanställs och återkopplas till enhetschefer samt vård- och omsorgsnämnden 1- 2 ggr per år.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

- Minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Minska antalet fel i läkemedelshanteringen, framförallt inom hemtjänst
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende
- Öka följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler hos all personal
- Öka livskvaliteten för patienter i palliativ vård och vård livets slutskede enligt nedan
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktssamtal
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning

Strategier

- Öka antalet riskbedömningar samt vid risk även antalet åtgärder gällande undernäring, trycksår och fall hos alla (Senior Alert).
- Grundläggande, gemensam delegeringsutbildning för all nyanställd personal.
- Grundutbildning i basala hygienrutiner och personligt hygienansvar till all nyanställd personal samt repetera och öka förståelsen hos övrig personal angående betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner.
- Identifiera och samverka med landstingets vårdcentral kring frågor gällande palliativ vård
- Öka användningen av utdata från Svenska palliativregistret i syfte att förbättra den palliativa vården