



Patientsäkerhetsberättelse Timrå Kommun 2020

Birgitta Andersson Verksamhetschef
Ulrica Hedlund Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll.....	12
Avvikelser	12
Kvalitets register.....	16
Klagomål och synpunkter	21
Mål och strategier för kommande år	21

Sammanfattning

Under 2020 var planeringen att fortsätta med patientsäkerhetsarbete enligt den årshjuls systematik som utarbetats samt föreslagna förbättringsområden utifrån föregående års patientsäkerhetsberättelse.

Det planerade förbättringsarbetet har i många fall inte kunnat genomföras eller prioriterats ned på grund av pandemin.

En av de stora frågorna som vi fokuserat på under 2020 var till en början att hantera bristen på skyddsutrustning när våra ordinarie leverantörer slutade leverera till kommunala verksamheter. Under våren skedde därför ett intensivt arbete att hitta och säkerställa leveranser av skyddsutrustning från andra leverantörer. Detta arbete försvårades bland annat av att stora delar av världen var i så kallad ”lockdown”, vilket medförde stora problem med både tillverkning och leveranser in till Sverige.

Bristen på skyddsutrustning omfattade dels basal utrustning som vi använder i all vård- och omsorg, som förkläden, handskar, ytdesinfektion och handsprit, men även munskydd och visir som skulle användas specifikt till covidvård. Den första leveransen av beställda munskydd kom den 9 april, vilket var innan vi hade vårt första kända covidfall inom kommunal verksamhet. Även visir var en stor bristvara och under våren användes inköpta visir som monterades med stor hjälp av personal från andra kommunala verksamheter. Dessa visir är godkända av Arbetsmiljöverket, med tillfälligt tillstånd, att användas som engångsvisir.

Timrå, och länets övriga kommuner, har sen i våras haft regelbundna möten tillsammans med Länsstyrelsen kring omfördelning och samverkan kring skyddsutrustning. Representanter från regionen har ibland också deltagit på dessa möten. Upplevelsen från vår sida är dock att det mesta av arbetet med att införskaffa skyddsmaterial har utförts utav kommunen själv, utan stöd från Länsstyrelsen. Efter sommaren så har tillgången på godkänd skyddsutrustning blivit bättre och vi har lättare att få leveranser inom rimlig tid. Under hösten togs ett länsövergripande beslut att varje kommun skulle ha ett 3 månaders lager av skyddsutrustning och utrustning av basalt material, utifall det skulle uppstå ett nytt läge med fördröjda eller uteblivna leveranser. Timrå kommun har sen i höstas ett 3 månaders lager av skyddsmaterial.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har haft en nyckelroll när det gäller samverkan med regionens Smittskydd och Vårdhygien.

Många nya riktlinjer och rutiner har tillkommit på grund av pandemin och arbetet med att kompetens höja och implementera ett helt nytt arbetssätt har ställt stora krav på främst ledningsfunktionerna inom Äldreomsorgen. Under maj månad anställdes en biträdande MAS med fokus på att utbilda omvårdnadspersonal och stötta enhetschefer. Vi har aldrig tidigare i kommunal verksamhet arbetat utifrån liknande förutsättningar.

Tidigt under pandemin påbörjades en samverkan med primärvårdens läkare med syfte att förutse vilka behandlingsrutiner som skulle kunna bli aktuella för våra multisjuka äldre. Arbetet med etisk vårdplan påbörjades under mars månad på samtliga särskilda boenden. Under hela året har vi haft ett nära samarbete med våra hälsocentraler inte minst när det gäller alla genomförda smittspårningar av vårdtagare och omvårdnadspersonal.

Från mars månad har vi haft begränsningar vad gäller besök på särskilda boenden, informationen har delats via sociala medier, via brev och telefonsamtal. Det har i de flesta fall funnits en stor förståelse för folkhälsomyndighetens beslut om begränsningarna vad gäller besök

Under senhösten påbörjades planering för vaccination. MAS och tillförordnad vaccinationssamordnare har haft ett gediget arbete med planering inför start av vaccinationer under jan månad 2021.

En av våra stora utmaningar under året har varit personalförsörjning utifrån hög sjukfrånvaro och behov av extra personal. Vi har haft en hög arbetsbelastning vilket har inneburit att vi har behov av fler sjuksköterskor i tjänst främst på helger och kvällar. Det har inneburit att hysjuksköterskor har täckt upp när vi haft behov. Ett nära samarbete mellan sjuksköterska och enhetschef på särskilt boende är en framgångsfaktor för att kunna stötta omvårdnadspersonal.

Framför allt MAS har även haft en rådgivande funktion mot övriga förvaltningar i kommunen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

På grund av rådande situation har vi över tid även haft en särskild enhet öppen för äldre Covid positiva som under sjukdomsperioden inte kunnat bo kvar i ordinärt boende, en verksamhet som har inneburit att vi bedrivit kohortvård även i ordinärt boende.

Trots att fokus har varit den pågående pandemin har vi hanterat alla andra vanligt förekommande insatser för våra patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Alltfler svårt sjuka medborgare skrivs ut från slutenvården med fortsatta behov av vård. Antalet hemsjukvårdspatienter med behov av medicinska och rehabiliterande insatser ökar. Under 2020 har antalet digitala planeringsmöten för distriktssköterskor och rehabteam ökat jämfört med 2019. Under året har det förekommit 87 samordnade individuella planer(SIP) kring vårdtagare tillsammans med primärvården och slutenvården. Kommunens hemsjukvård och särskilda boenden har skickat 346 vådrapporter i det länsgemensamma systemet Prator.

De sjuksköterskor som ska medverka i pilotprojektet DIGGA som innebär digital läkarkontakt i vårdtagarens hem har fått sin utbildning och planeras starta under våren 2021 istället för som planerat 2020.

Interna mindre allvarliga avvikelser hanteras och åtgärdas på verksamhetsnivå. Det leder till större delaktighet och är ett ständigt förbättringsarbete. Enhetschef och ansvarig sjuksköterska rapporterar kvartalsvis antalet avvikelser samt vidtagna åtgärder till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Vi har under året arbetat vidare som tidigare med olika kvalitetsregister. Senior alert där fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsobedömning och basal inkontinens bedöms är väl inarbetat på våra boenden. Vidare arbetar man med *Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens* (BPSD) samt Palliativa registret.

Arbetet med en god läkemedelsbehandling för äldre, genom minskning av olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer är ständigt pågående arbete. Nulägesanalys som sker årligen i länet samt läkemedelsgenomgångar är våra inarbetade metoder. Kommunen har mycket goda resultat vad gäller antalet ordinerade läkemedel/dag och vi har i år lyckats sänka förskrivningen av sömnläkemedel som var ett mål.

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att en minskning av vårdskador ska ske. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Vårdgivaren ska arbeta förebyggande genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren har ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens med mera tillgodoser kravet på en god vård. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultatet genom uppföljning/egenkontroller som ska delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Patientlagen (2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet.

- Färdigställa och implementera hälso-och sjukvårdsprocesserna som vi arbetat med under 2019 och som fått stå tillbaka 2020 med verktyget 2C8.
- Upprätthålla avvikelserapportering och fortsatt arbete med att implementera rutiner för riskanalysarbete. Under 2021 ska avvikelsemodulen Life Care implementeras.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregistren på särskilt boende och implementera det i hemsjukvården.
- Vidareutveckla samverkan mellan olika professioner inom kommunen och mellan kommunen, specialistvården och primärvården för att patienterna ska få en god och säker vård.

Organisation och ansvar

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

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på en god vård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig sköterska (MAS) för hälso- och sjukvården inom förvaltningens verksamhetsområde för att tillgodose att kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen 2017

Verksamhetschef enligt HSL:s ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hygiensjuksköterska

Ansvarar för att det finns aktuella hygienrutiner och är behjälplig vid hygienronder samt specifika patientärenden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Samverkan sker med primärvård, specialistvård, SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) 1177 samt olika nätverk på länsnivå. Samverkan sker i olika mötes forum och via samverkansdokument.

- Samverkansavtal läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Hjälpmedelsavtal mellan kommunerna och regionen.
- Överenskommelse mellan länets kommuner och regionen gällande samarbete och samordning.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Samverkans forum – inspirationsgrupp främst inom äldreomsorgen
- Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka
- MAS representation i läkemedelskommitténs hanteringsgrupp
- Länsövergripande MAS och Verksamhetschef möten
- Länsövergripande nätverk kring demenssjukdomar

För att identifiera brister i vårdkedjan finns en avvikelserutin mellan kommunerna och regionen. Den heter Avvikelse i Vårdkedjan och skrivs i dagsläget manuellt och skickas med post. Det pågår ett utvecklingsarbete kring avvikelser i vårdkedjan där man har ska implementera ett digitalt rapporterings-system.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning på Vård- och omsorgsboende erbjuds vårdtagaren och anhöriga ett välkomstsamtal tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och kontaktperson, där vårdtagaren tillsammans med anhöriga få vara delaktiga i sin omvårdnads och genomförandeplan. Anhöriga erbjuds även att delta vid samordnade vårdplaneringar om den enskilde ger sitt samtycke. Vid riskbedömningar inför registrering i senior alert och symtomskattning inför läkemedelsgenomgångar är vårdtagare och i vissa fall anhöriga delaktiga. Ansvarig enhetschef eller MAS kontaktar vårdtagare och/eller anhöriga när klagomål eller allvarliga händelser inträffat. De erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningar som gäller vårdskada. De kontaktas också alltid om en Lex Maria anmälan är aktuell.

Kommunens anhörigcenter erbjuder stöd för personer som vårdar en anhörig som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser och vårdskador uppmärksammas främst genom patientklagomål, avvikelshantering samt riskanalyser i Senior Alert, Palliativa och BPSD registret.

Den personal som uppmärksammar en risk för vårdskada eller en händelse som medfört eller har kunnat medföra en vårdskada rapporterar det i vårt avvikelssystem Procapita. Ansvarig sjuksköterska och enhetschef ansvarar för att vidta omedelbara åtgärder. Om sjuksköterskan anser att avvikelsen är av allvarlig karaktär skickas den vidare till MAS för utredning och eventuell Lex Maria anmälan. De övriga avvikelserna sammanställs och återkopplas till verksamheten via arbetsplatsträffar 1 gång/månad.

Enligt verksamhetens årshjul ska de sedan sammanställas kvartalsvis och redovisas med antal och vidtagna åtgärder till MAS och verksamhetschef för HSL. Slutligen sammanställs de och redovisas för nämnd via patientsäkerhetsberättelsen

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras av ansvarig enhetschef och/eller sjuksköterska om de är av enklare karaktär. De övriga skickas vidare till MAS för utredning. De som inkommer via kommunens klagomålshantering diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS beroende på innehåll. Därefter återkopplas resultatet till uppgiftslämnaren och en sammanställning till nämnd redovisas kvartalsvis. Klagomål som kommer via IVO eller Patientnämnden Etiska nämnden utreds och besvaras på samma sätt som om det inkommit direkt till kommunen

Patientnämnden-Etiska nämnden

Nämnden bedriver verksamhet för Region Västernorrlands län samt länets 7 kommuner. Uppdraget regleras i första hand i Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnderna har sedan 2018-01-01 fått ett utökat uppdrag att utgöra en stödjande funktion för patienter, kunna ge skrivhjälp samt bistå vid överklagan av beslut. Nämnden har haft 1 ärende gällande Timrå Kommun under året. Ärendet gällde en läkemedelsordination.

Antal ärenden från Timrå Kommun 2014-2020

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6	4	0	4	1	1	1

Egenkontroll

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

Egenkontroll som utförs i verksamheterna löpande

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	4 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet Procapita
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Trycksår	Löpande	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande, rapport	Patientnämnden, IVO, Inkomna klagomål från medborgare
Fall	Löpande	Senior alert, Procapita
Munhälsa	Löpande	Senior alert, uppsökande munhälsa bedömning
Nutrition	Löpande	Senior alert
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre	1 gång per år	Resultat sammanställning och analys

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

BPSD

Kommunens demenssamordnare utbildar personalen på våra boenden att genomföra bedömningar med verktyget BPSD (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom) Kommunens demenssamordnare har under året haft två utbildningstillfällen på ett boende. Fler utbildningstillfällen var planerade men har skjutits upp och kommer förhoppningsvis att kunna genomföras under 2021. Yrkeskategorier som deltagit är undersköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska samt ansvarig chef för att arbeta mer teambaserat med dessa symtom. Genom att fånga upp beteendemässiga

och psykiatriska beteenden hos vårdtagaren skrivs en bemötandeplan med personcentrerade omvårdnadsåtgärder och arbetet blir mer strukturerat. Att arbeta med BPSD-registret ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel och minska symtom som tex. agitation, oro och ångest.

Inkontinens

Via en gemensam upphandling i länet startade 2019 en högskoleutbildning i inkontinens och förskrivningsrätt för inkontinensprodukter. Vårt mål är att majoriteten av kommunens sjuksköterskor ska ha den kompetensen. Med ett ökat antal behöriga sjuksköterskor samt verktyget Tena Identify vill vi säkra en god och säker inkontinensbehandling för våra vårdtagare.

Läkemedelshantering

En länsgemensam upphandling för köp av externtjänst till läkemedelsgranskning av kommunens akutläkemedelsförråd genomfördes 2019. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på våra läkemedelsförråd ska ske en gång per år. De planerade inspektionerna som skulle genomföras 2020 fick skjutas upp och kommer att genomföras under 2021 istället.

Dokumentation

I samband med arbetet att lägga till klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som ska rapporteras månadsvis till Socialstyrelsen i vårt verksamhetssystem Procapita har vi genomfört en översyn av dokumentationsprocessen. Arbetet med att skapa nya dokumentationsrutiner för att kvalitetssäkra omvårdnadsdokumentationen pågår. Under året har IVO genomfört en granskning av kommunens dokumentation relaterat till Covid pandemin. Svaret på inspektionen kommer under 2021.

Vårdhygien

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är nära samverkan med vårdhygien enheten och vår hygiensjuksköterska av stor vikt. Kommunen har ett samverkansavtal med Region Västernorrland och köper specialistkompetens inom vårdhygien. Vilket innebär tillgång till riktlinjer och rutiner, fortlöpande utbildningsinsatser, hygienronder, konsultation och handledning vid smitta. Under året har länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor haft regelbundna Skype möten med vårdhygien och smittskydd relaterade till covidpandemin. Inga hygienronder eller övriga fysiska besök har genomförts.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus

Den 1 januari 2018 trädde den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Antalet dagar utan betalningsansvar för kommunen minskade från fem till tre dagar i den

somatiska vården. En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår när sköra äldre byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus.

Länets kommuner och Regionen tog fram länsövergripande rutiner och formulerade några mål:

- Att öka antalet individer som får en samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus.
- Att öka antalet SIP som genomförs i hemmet efter utskrivning från sjukhus
- Att minska antalet dagar på sjukhus för den enskilde efter att ha blivit utskrivningsklar.
- Att öka antalet digitala rapporter

Risکاناليس

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

Vi följer Timrå kommuns policy och använder framtagen mall för risk- och konsekvensanalys. Riskanalyser på individnivå sker vid avvikelshantering och vid framtagande av handlingsplaner. Den riskanalys som fortlöpande sker på verksamhetsnivå är alltid vid förändringar i verksamheten. Vi är inarbetade på att bedöma arbetsmiljörisiker och konsekvenser men behöver utveckla riskbedömningar för patientsäkerheten. I avvikelssystemet finns möjlighet att göra riskanalys av alla händelser.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Utredningarna bör sammanställas analyseras och återföras på övergripande nivå för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Vi har inte haft någon Lex Maria anmälan i kommunen under 2020.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Behörighetsbeställningar och dataurval styr vilket åtkomst våra medarbetare har utifrån funktion och roll. Det finns upprättade rutiner för vem och hur en behörighetsbeställning genomförs. Rutiner för loggkontroller har tagits fram och logguppföljning sker månadsvis av journaldokumentation och journaler. Vi använder Siths kort som inloggning till Nationell patientöversikt (NPÖ) vårdplaneringsverktyg (Prator), samt kvalitetsregister.

En blankett finns framtagen som medborgaren ska fylla i för att ge sitt samtycke för informationsöverföring. Informationsutbyte med slutenvård och primärvård i

samband med vårdövergång sker i Prator. Vid kommunikation mellan kommunens sjuksköterska och läkare inom primärvården används Zimbra som är primärvårdens eget system.

Utifrån GDPR har en registerförteckning skapats som innehåller alla behandlingar förvaltningen gör i verksamhetssystemet Procapita/Lifecare. Förteckningen visar vilka behandlingar som görs, varför och var i systemet det finns. Den uppdateras löpande. Information om personuppgiftshantering har hållits för enhetschefer inom stöd, vård och omsorg

Kommunen har inte genomfört någon systematisk journalgranskning 2020. De brister som uppmärksammas av MAS eller övrig legitimerad personal i samband med dagligt arbete eller händelseanalyser återkopplas till ansvarig legitimerad personal.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Avvikelser

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att rapportera avvikelser oberoende av om det är kommunen eller regionen som har ansvaret för hälso- och sjukvården.

Avvikelsehanteringen är grunden i allt kvalitetsarbete och resultatet skall användas för att identifiera riskområden, förbättra verksamheten och formulera målsättningar. Det är därför viktigt att alla avvikelser rapporteras vidare och utgör en naturlig del av patientsäkerhetsarbetet. En bedömning skall göras om den inträffade avvikelsen enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet (internutredning) eller om den skall anmälas till berörd myndighet (Inspektionen för vård och omsorg). Syftet med avvikelsehanteringen är att förhindra att händelsen upprepas samt att försöka hitta grundorsaken till händelsen. En följd av avvikelsehanteringen är att personalens kunskaper om riskfaktorer ökar.

Tabell 1. Avvikelser uppdelat på år och område.

	Läkemedel	Vård och behandling	Fall	Avvikelser i vårdkedjan
2009	258	6	499	
2010	254	16	511	
2011	269	22	570	7
2012	326	26	495	9
2013	335	22	491	8
2014	321	28	650	10
2015	327	17	601	11
2016	399	46	597	10
2017	428	22	489	7
2018	377	47	561	9
2019	449	45	600	11

2020	450	44	632	12
------	-----	----	-----	----

Läkemedel

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av all berörd personal. Av de 450 inrapporterade avvikelserna gällde 387 överlämnande fasen dvs. när delegerad personal ska ge vårdtagaren läkemedlet. Ca 900 doser överlämnas/dag inom våra verksamheter. Delegerad omvårdnadspersonal överlämnar läkemedelsdoser från dosett eller Apo-Dos.

Apo-Dos är en tjänst från Svensk dos som innebär att läkemedlen levereras förpackade i dos påsar till patienten för 14 dagar åt gången.

13 avvikelser har skett i samband med att sjuksköterskan har iordningställt läkemedel i dosett.

Det ska finnas dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan efter läkarbedömning har tagit över ansvaret för läkemedelshantering när vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. All hantering av läkemedel som iordningställande och överlämnande skall finnas dokumenterade. För hantering av narkotika gäller särskilda regler.

Läkemedelsgenomgångar

Många äldre har flera läkemedel för olika sjukdomstillstånd. Men med stigande ålder ändras kroppens förmåga att tillgodogöra sig läkemedel och man blir också känsligare för biverkningar. Genom att systematiskt arbeta med läkemedelsgenomgångar kan man uppnå en optimerad läkemedelsanvändning. Läkare, sjuksköterska, personal och ibland anhöriga skall tillsammans med patienten gå igenom dennes läkemedelslista och vilka eventuella besvär patienten har. Läkaren gör därefter en bedömning om behov finns för att ändra doser, lägga till eller ta bort läkemedel.

En regelbunden och systematisk utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandlingen enligt ”läkemedelskommitténs koncept” ökar kvaliteten och säkerheten i vårdtagarens läkemedelsbehandling. Under 2020 har endast 24.7% av vårdtagarna på vård och omsorgsboenden fyllt i en symtomskattningsskala som är ett underlag för läkemedelsgenomgången. Inom hemsjukvården är det endast ett fåtal personer och vi arbetar tillsammans för att skapa en arbetsrutin som fungerar för den verksamheten eftersom vårdtagarna kan ha olika läkare.

Nulägesbeskrivning

Många äldre behöver läkemedel, men läkemedlen bör vara så få som möjligt och de bör regelbundet omprövas. Läkemedelskommittén har sedan 2007 i samarbete med länets kommuner tagit initiativ till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Genom att räkna antalet läkemedel under en dag erhålls värdefull information över utvecklingen inom regionen. Nulägesbeskrivningen påvisar läkemedelsanvändningen för personer 75 år och äldre inom kommunala boenden under en dag i september månad. 2014 påbörjades mätningen även på våra hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende. Den omfattar personer 75 år och äldre som har hjälp med läkemedelshantering i hemsjukvården. Timrå kommun ligger lågt i antalet ordinerade läkemedel och i flera fall av olämpliga läkemedel på särskilda boenden. Under året har vi även lyckats sänka antalet ordinationer på sömnläkemedel från 22% till 18%

Det finns två typer av ordinationer som mäts i nulägesbeskrivningen. Stående läkemedel som innebär att patienten tar det regelbundet och vid behovs läkemedel som tas när det finns behov.

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i genomsnitt i Timrå Kommun

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
7,0	7,3	6,9	7,0	7,1	6,0	7,0	6,5	6,5	6,2	6,2	6,4	6,4

Genomsnitt i länet

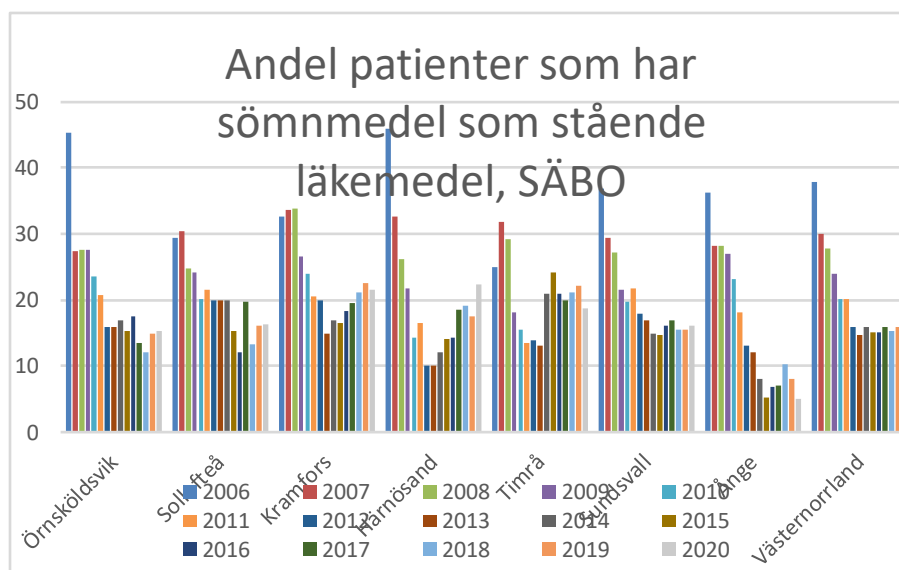
7,3	7,5	7,2	7,4	7,3	7,1	7,1	7,2	7,2	7,4	7,5	7,8	8,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
5,6	5,9	6,3	6,6	6,2	7,6	7,9

Genomsnitt i länet

7,1	7,6	7,2	7,2	7,2	7,8	7,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



Analys

Vi har inte förbättrat oss när det gäller antalet läkemedelsavvikelser. Däremot beror ökningen på att hemtjänsten förbättrat sin rapportering vilket är mycket positivt. Ordinärt boende har ökat sin rapportering från 160 avvikelser 2019 till 237st 2020. Att personalen får regelbunden återkoppling av sina avvikelser och deltar i förbättringsarbetet kan vara en bidragande orsak. Vanligaste läkemedelsavvikelsen är att läkemedlet glömts bort (utebliven dos) 371st eller givits fel tid. Oftast har bristen upptäckts i tid och kunnat åtgärdas efter kontakt med sjuksköterskan. Tyvärr ser vi att antalet läkemedelsgenomgångar minskat drastiskt från 55 % 2019 till 24.7% 2020 relaterat till Covidpandemin.

Förbättringsförslag

Fortsätta vårt arbete med hanteringen av avvikelser på verksamhetsnivå samt stödja arbetet med att genomföra riskanalyser. I samverkan med primärvården skapa en bättre arbetsrutin som ökar möjligheten till att fler läkemedelsgenomgångar genomförs av primärvårdens läkare. Under våren planeras fortsatt utbildning och stöd till personalen på våra boenden för att minska BPSD.

Fall och fallskador

Ett fall definieras som *"en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om skada inträffat eller ej"*.

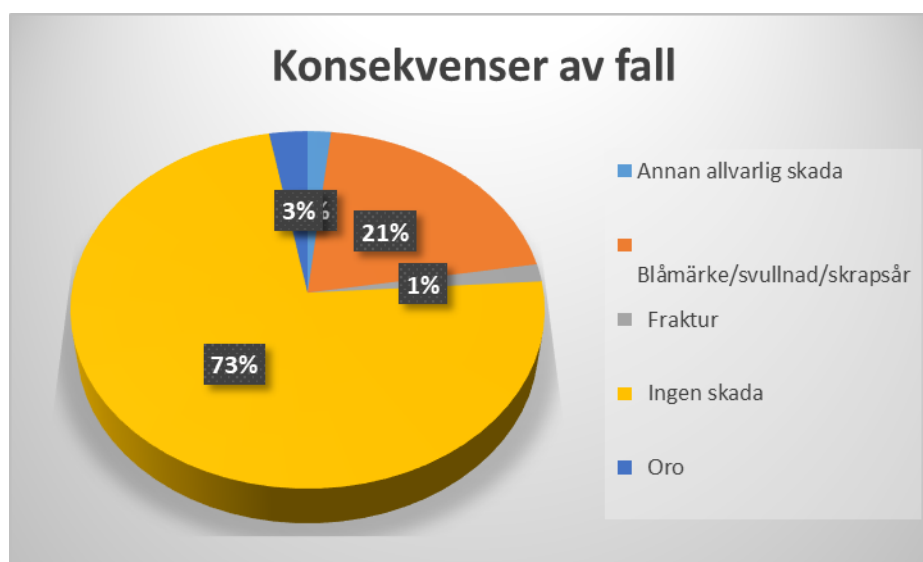
Att falla kan vara farligare än man tror, det är en olyckstyp som leder till många dödsfall. Av de fall som leder till höftledsfrakturer innebär det att många aldrig återfår ett normalt liv. Risken att falla ökar med stigande ålder. Enligt en studie från SBU faller var 3:e person över 65år minst 1gång/år. En riskbedömning ska göras i samband med inflyttning. Sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet och erhålla utbildning i fallförebyggande åtgärder.

Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Många fall kan förebyggas med träning, säkerhet i närmiljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Analys

Många äldre faller i våra boenden trots förebyggande åtgärder. 2020 rapporterades 632 fall vilket är en ökning från tidigare år. Hemtjänsten har rapporterat 192 fall under året. Antalet frakturer har ökat från 8st föregående år till 10st 2020. Fallriskbedömning hade genomförts på 446 st av de rapporterade fallen. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig i sin lägenhet/rum 359 st, och utan att någon sett händelsen. Allt fler äldre bor kvar hemma så länge som det går och en stor del av de äldres tid spenderas i hemmet och dess omgivning. Äldres förmåga att vara delaktiga och självständiga har visat sig ha stor påverkan på deras välmående och möjligheten att bo kvar i hemmet har en grundläggande betydelse för detta. Äldre personer är överrepresenterade både i fallolyckor och i bränder och för att säkerställa att våra äldre bor och verkar i en trygg och säker miljö är det av

yttersta vikt att samhället arbetar förebyggande för att stärka de äldres resurser samt förhindra olyckor och tillbud.



I februari 2020 startade vi upp två nya TUFF grupper, dvs Socialförvaltningens fallförebyggande samarbete med Medelpads Räddningstjänst. Syftet med TUFF var att erbjuda personer, som bor i ordinärt boende i Timrå kommun, med nedsatt balans, möjlighet att få utbildning och träning för att förebygga fall och fall-olyckor. De TUFF grupper vi genomfört tidigare år har varit oerhört uppskattade och resultaten av de mätningar och tester som gjorde på deltagarna visade att de flesta deltagare antingen förbättrat eller bibehållit sina fysiska funktionsförmågor.

De båda grupper som samlades på Brandstationen i Timrå i mitten av februari 2020 för tester, föreläsningar och balansträning var oerhört förvåntansfulla och då intresset att delta varit stort så hade vi fulla grupper, med ca 10 träningsvilliga deltagare i varje grupp.

Vi hann med fyra träningsstillfällen, innan smittspridningen av Coronaviruset blev så pass omfattande att Folkhälsomyndigheten avrådde personer som var äldre än 70 att samlas. Då denna ålderskategori var målgruppen i TUFF så fanns inget annat att göra än att avbryta vårens TUFF verksamhet. På grund av smittspridningen och de gällande restriktionerna så kunde vi inte starta upp någon TUFF grupp under hösten heller. Men vi har under hela 2020 fått förfrågningar från kommunmedborgare som vill vara med i TUFF när det är möjligt att starta upp igen och det är roligt att det finns stor efterfrågan på förebyggande insatser för våra äldre kommunmedborgare.

Förbättringsförslag

Fortsätta att arrangera TUFF- utbildningen i förebyggande syfte för personer i ordinärt boende. Utveckla och öka möjligheter till träning i vardagen för våra vårdtagare på vård och omsorgsboenden.

Vård och behandling

Antalet avvikelser inom vård och behandling ligger på ungefär samma nivå som föregående år. Från 45st till 44st 2020. 37st rör bristande behandling i form av utebliven eller felaktigt utförd insats. 5st beror på bristande kompetens och 2st på bristande bemötande

Avvikelse i vårdkedjan

Region Västernorrland och länets kommuner har i samverkan beslutat att hjälpa varandra med att identifiera brister i verksamheten. När en personal uppmärksammar en brist hos en annan vårdgivare – som påverkar den egna verksamheten negativt eller som orsakat eller har kunnat orsaka en patientskada – meddelas vårdgivaren via en gemensamt framtagen blankett. Svar på avvikelsen skickas därefter som beskriver hur den negativa händelsen ska kunna undvikas i framtiden. Under 2020 har kommunen mottagit 4 avvikelser som gällt bristande arbetsmetod och själv skickat 8 st. Dessa har gällt bristande information och bristande rutiner/arbetsmetod. Det finns risk för felaktigheter i underlaget då vissa enheter har skickat avvikelser direkt till varandra. Detta ska säkerställas under 2021 då rutiner har framtagits för att alla avvikelser skickas till en funktionsbrevlåda och diarieföras i respektive kommun.

Senior alert

Genom att använda senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå. Man utför riskbedömningar gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt basal inkontinens. Varje enskild person som möter vård och omsorg ska ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Under 2020 har 179 vårdtagare fått en bedömning. Det har genomförts 253 riskbedömningar och 230 av dessa har identifierat någon risk.

Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, exempelvis när hud utsätts för tryck, vid lågt näringsintag, vid nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen.

För att förhindra att trycksår uppkommer skall sjuksköterskan göra en riskbedömning och registrera den i Senior Alert. Bedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. När behov uppstår skall det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför skall sjuksköterskan genomföra en smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges. Av 179 riskbedömda personer hade 71 personer en risk för sår. 17st hade utvecklat trycksår.

Analys

Trycksår förekommer trots utbildningsinsatser och hjälpmedelstillgång.

Förbättringsförslag

Förbättrat teamarbete vid upprättande av hälsoplaner och åtgärder. Viktigt att även omvårdnadspersonal får mer utbildning i förebyggande arbete och positionering.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva timmar. Är nattfastan längre, ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Kosten som serveras på vård och omsorgs boenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert och gällande nutritionens riktlinjer genomförs vid inflyttning och följs regelbundet. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionensproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har tidigare fått utbildning i kost och nutrition av dietist. Av 179 riskbedömda personer finns det 62 st. som har ett BMI < 22 (Body Mass Index är ett statistiskt mått på kroppsvikt baserat på vikt och längd)

Förbättringsförslag

Man arbetar kontinuerligt i verksamheterna med att minska nattfasta och servera mellanmål enligt rutiner. Det har inte funnits tillgång till stöd från dietist vid svåra ärenden under 2020. Tillgång till primärvårdens dietist finns inte i nuvarande avtal om hemsjukvård, vilket innebär att det finns oklarheter när det gäller dietist tillgång på vård och omsorgsboenden. Vi kommer att se över möjligheten att köpa tjänst till våra vård och omsorgsboenden kommande år.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till vård och omsorgs boende ska sjuksköterskan göra en munhälsobedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informerar om bedömningen för att få information om hur munhålan skall skötas. Av 179 bedömda personer hade 51 av dem idenifierade risker.

Region Västernorrland har upphandlat årliga munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av Folk tandvården. Dessa insatser har varit inställda under 2020 p.g.a. covid pandemin.

Inkontinens

Många av vårdtagarna som bor på vård och omsorgsboenden samt de personer som tillhör hemsjukvården har inkontinensproblematik. Besvären varierar och därför skall inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. På varje enhet och hemsjukvårdsdistrikt ska det finnas en sjuksköterska med utbildning att utreda problem med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med omvårdnadspersonalen angående åtgärder som behöver vidtas.

När någon flyttar in på ett boende har han/hon ofta redan inkontinenshjälpmedel förskrivna. Sjuksköterskan bör därefter göra uppföljningar årligen. Timrå kommun har under året använt sig av Tena Identifi som är ett stöd vid inkontinensutredningen på vård och omsorgsboenden. Det innebär att man med hjälp av sensorer i inkontinensskyddet kan kartlägga urinmängd och miktionsstider. Vi har även tecknat ett hyravtal med MTA på två blåsvolyymmätare som används i inkontinensutredningar samt för kontroll av residualurin i samband med kateterbehandling.

Analys

Tena Identifi kartläggningen har inte använts i den utsträckning den borde pga. personalomsättning. Där det genomförts har det lett till individuellt anpassade toalettassistans och bytestider som ger ökad Comfort och livskvalitet. Man har i de flesta fall minskat på inkontinensskyddets storlek. Vilket även leder till en kostnadseffektiv förskrivning och minskad avfallshantering.

Förbättringsförslag

Vi har haft få anställda sjuksköterskor med utbildning i Inkontinens och förskrivningsrätt. Under 2019 -2020 har 5 st genomgått utbildningen. Det är planerade utbildningar på både boenden och inom hemsjukvården med verktyget Tena Identifi.

Palliativa registret

Det Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registrerar sjuksköterskan vad som skett sista tiden i livet. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården samt säkerställa att alla får samma möjligheter i livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död ska kunna känna trygghet inom följande punkter.

- Jag och mina närstående är informerad om min situation
- Vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Vara ordinerad läkemedel vid behov
- Få god omvårdnad utifrån mina behov
- Få vårdas där jag vill dö
- Inte behöva dö ensam
- Veta att mina närstående får stöd

Timrå kommuns resultat av kvalitetsindikatorer 2020

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
---------------------------	-----------------	-----------------

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	62,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	92,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	60,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	68,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	86,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	84,0

Vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Personal som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och att ha en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Inlåsnin g får inte ske, det ska finnas möjlighet att passera ytterdörren. Kodlås är tillåtet under förutsättning att det finns personal som omgående kan öppna dörren och följa med ut eller avleda den boende. Idag finns inget lagstöd för att använda tvång och begränsningar i demensvården, även om syftet är att skydda personen. Det är möjligt att använda förhållningssätt och arbetsmetoder som kan förebygga och hantera svåra situationer istället för tvångs- och begränsningsåtgärder. Utbildning i form av demenscentrums utbildningspaket: Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar startade 2016 och pågår fortfarande.

Alla vård och omsorgs boenden ska ha ett team som är utbildade att arbeta med BPSD-registret. Genom att identifiera specifika omvårdnadsåtgärder och skapa en bemötandeplan till den demenssjuke kan man minska symtom och förbättra livskvalitén. Det ger personalen en struktur i vård- och omsorgsarbetet med den demenssjuke.

Målsättningen för vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att:

- Webbutbildningarna Demens ABC och Demens ABC+ skall vara obligatorisk för samtlig baspersonal och vikarier inom särskilt boende och hemtjänst.
- Alla vårdtagare på särskilt boende med beteendemässiga eller psykiska symtom ska bedömas enligt BPSD
- Genomförd webbutbildning Nollvision av samtlig

omvårdnadspersonal

Analys

Vår demenssamordnare tillsammans med specialistundersköterskor har ett uppdrag att utbilda omvårdnadspersonal i personcentrerad vård, livsberättelse och utformning av genomförande planer. Omsättning på personal innebär att det krävs återkommande utbildning och stödinsatser. Flera utbildningstillfällen har blivit inställda pga. Covidpandemin.

Demenssamordnaren deltar även i en länsövergripande grupp som arbetar med en uppdatering av vårdförlopp i demenssjukdom. En representant från kvalitetsregistret Swedem har haft en introduktionsträff angående registret för kommunens chefer inom äldreomsorgen.

Förbättringsförslag

Demenssamordnare kommer att fortsätta implementera arbetssättet utifrån BPSD-registret för att minska dessa symtom. Det sker på ett vård och omsorgsboende i taget och omfattar alla yrkeskategorier i teamet.

Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren är skyldig att ta emot och hantera klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och närstående. När en medborgare har lämnat ett klagomål ska vårdgivaren snarast besvara det.

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras enligt beskrivning av avvikelshantering. De som inkommer via kommunens klagomålshantering diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS beroende på innehåll. Därefter återkopplas resultatet till uppgiftslämnaren och en sammanställning till nämnd redovisas. Det har inkommit tre klagomål till MAS angående Hälso- och sjukvård under året. Dessa har åtgärdats och besvarats skyndsamt via telefon eller personlig kontakt. De har gällt bemötande och bristande information/ arbetsmetod.

Mål och strategier för kommande år

Vi kommer att följa utvecklingen vad gäller välfärdsteknik. Kommunen har en representant i styrgruppen för digitala samordnade individuella planer på distans. Vi är även delaktiga i ett pilotprojekt till DIGGA som innebär en digital läkarkontakt med hälsocentralens läkare i vårdtagarens hem. Sjuksköterskan kan undersöka patienten på plats och skicka information samt värden som läkaren kan avläsa och bedöma direkt. Med tanke på framtidens rekryteringsproblem och bristen på legitimerad personal är detta ett sätt att upprätthålla patientsäkerheten. Projektet förväntas starta under våren. Vi har också införskaffat två läkemedelsautomater som ska provas under året. Målet är att öka den enskildes integritet och förmåga till egenvård samt att minska risken för läkemedelsavvikelser.

Vår demenssamordnare kommer att verka för utbildning till omvårdnadspersonal inom hemtjänsten samt implementering av de nationella

demensriktlinjerna. Ett annat utvecklingsområde under året är ett utökat samarbete med geriatriken och primärvården för att nå personer med demenssjukdom i tidigt skede.

Utveckling av personcentrerad vård där våra vårdtagare och deras närstående ses som en viktig tillgång och kunskapskälla i vårt arbete är ett mål. Patientens delaktighet ska stärkas och vården ska planeras i samverkan med den det berör.

En uppföljning planeras även när det gäller nutrition, måltidsordning och nattfasta på samtliga enheter inom vård och omsorgsboenden.

Under 2021 kommer förhoppningsvis arbetet med fallpreventionsprojektet TUFF tillsammans med räddningstjänsten att återupptas. Målet är att det fallförebyggande arbetssättet för medborgare ska permanentas. Arbetet med mer fallförebyggande åtgärder även mot vårdtagare inom särskilt boende och inom hemsjukvård behöver också intensifieras.

Rehabteamet kommer att fortsätta delta i teamträffar på både särskilt boende och inom hemsjukvården. Samarbetet kring vårdtagare kan utvecklas ytterligare och de tidiga rehabiliteringsinsatserna i hemmet är en viktig insats som möjliggör kvarboende med hög livskvalitet.

Rehabteamet kommer att fortsätta arbetet med en trygg, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelshantering.

Arbetet med utvecklingen av ledningssystemet och kartläggning av våra hälso- och sjukvårds processer fortsätter. Vi ska fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra avvikelshantering, utredning och återkoppling till verksamheterna

En distriktssköterska kommer att få avsatt tid för utbildning av hemtjänstens personal i läkemedelshantering. Vi behöver kompetens höja vår omvårdnadspersonal och ge möjlighet att utbilda sommarvikarier i god tid.