



Forshaga kommun

---

*Patientsäkerhetsberättelse 2018*  
*Vård-och omsorg*

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Mål.....	4
Strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete .....	5
Lagar och föreskrifter .....	5
Vård och omsorgsnämndens ansvar .....	5
Verksamhetschefens ansvar.....	5
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR).....	5
Enhetschef hälso- och sjukvård.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	9
Avvikelsehantering .....	9
Klagomål och synpunkter .....	10
Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	11
Samverkan.....	11
Riskanalys.....	12
Informationssäkerhet .....	13
Resultat och analys .....	14
Fall .....	14
Läkemedel.....	14
Läkemedelsgenomgångar .....	15
Basala hygien- och klädrutiner.....	15
Palliativ vård .....	15
Övriga resultat .....	17
Demensvård .....	17
Samverkan kommun - slutenvård.....	17
Händelser och vårdskador .....	17
Analys av icke uppnådd måluppfyllelse 2018 .....	18
Mål.....	19
Strategier .....	19

## 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) upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars 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

Forshaga kommun har i enlighet med 2018 års målsättning minskat antalet fall med 23 % samt antal läkemedelsavvikelser med 19 %. Under året har registreringar i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret skett. Egenkontroll i form av loggranskningar i verksamhetssystemet Treserva har skett under året. Kvalitetsgranskning av läkemedel har genomförts inom verksamheten LSS.

# Övergripande mål och strategier

## Mål

Vård- och omsorgsnämnden i Forshaga kommun har inför 2018 följande övergripande mål för att hälso- och sjukvården håller hög kvalitet:

- 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 livskvalitén för patienter i palliativ vård och vård i 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

Strategier för att uppnå detta under 2018 har varit:

- 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

# Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

## Lagar och föreskrifter

- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Lagen om medicintekniska produkter (1993:584)

## Vård och omsorgsnämndens ansvar

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.

## Verksamhetschefens ansvar

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.

MAS/MAR ska biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

MAS/MAR har ansvar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom:

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs upp att de efterlevs
- att det finns 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

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

Enhetschefen ska 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. Enhetschefen ansvarar för att rutiner, riktlinjer och instruktioner för samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR efterlevs.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den legitimerade personalen och även vård- och omsorgspersonalen är skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

# Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan med andra kommuner och Landstinget i Värmland sker genom:

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

## Patienters och närståendes delaktighet

I samband med tillsyn och interna utredningar samt vid utredningar av klagomål förs samtal med patienter och förekommande fall, när inte sekretess bryts, även närstående. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är i nuläget inte tillgängligt offentligt, dock publiceras patientsäkerhetsberättelsen årligen på Forshaga Kommuns hemsida.



# Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

## Avvikelsehantering

Avvikelse rapporteringen 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 verksamheten på sikt ska minska avvikelserna till antalet.

Enhetschef är mottagare av samtliga avvikelser som sker på respektive enhet och ska således ha en helhetsbild över de avvikelser som inträffar. Avvikelser 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.

Avvikelser som vid riskanalys skattas högt utifrån sannolikheten att det kan inträffa igen och allvarlighetsgraden för den enskilda patienten identifieras och vidarebefordras till MAS/MAR för intern utredning. Enhetschef och i förekommande fall ansvarig sjuksköterska/rehabpersonal 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 kvartalsvis.

Avvikelsehanteringen mellan kommunen och Landstinget i Värmland skrivs på papper eftersom inget gemensamt datasystem för avvikelser finns. Avvikelser som kommer till vård- och omsorgsförvaltningen från landstinget tas emot av MAS/MAR. Avvikelsen analyseras av berörda enheter. Svar på avvikelsen skickas sedan via MAS/MAR tillbaka till Landstinget i Värmland. Avvikelser som skickas från kommunen till landstinget skickas via MAS/MAR till Patientsäkerhetsenheten inom landstinget.

## Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter gällande hemsjukvård inkommer 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.

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

# Åtgärder för att öka patientsäkerheten

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. Implementering gällande nya, befintliga och reviderade riktlinjer och rutiner genomförs kontinuerligt med sjuksköterskor, rehabpersonal samt enhetschefer. Enhetschefer har sedan i sin tur ansvaret för att uppdatera personal på varje enhet.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska ske årligen. I Forshaga kommun sker granskningen genom samarbete med Kils Kommun i enlighet med riktlinje för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har under 2018 gjorts inom verksamheten LSS.

## Samverkan

För att öka patientsäkerheten och samarbetet har kommunen sedan många år tillbaka ett samverkansavtal med landstingets vårdcentral som är belägen i kommunen. Målet är en god och säker vårdkedja för våra gemensamma patienter. Gemensamma träffar med personal från båda verksamheterna har under 2018 förekommit vid 3 tillfällen. På dessa träffar diskuteras bland annat:

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

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2018 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 vilket även fortsatt under 2018.

Samverkansrutiner mellan Forshaga kommun och Landstinget i Värmland finns också bl.a. när det gäller riktlinjer och rutiner för samordnad individuell planering (SIP). Lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och slutenvård (2017:612), trädde i kraft 2018-01-01. Den syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den landstingsfinansierade öppna vården. Insatserna samordnas utifrån individens behov och förutsättningar. Kommunikationen gällande samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården sker i Cosmic Link. Införandet av detta system har skett under hösten 2018 med driftstart 2018-12-10.

## Risikanalyt

Via förvaltningens verksamhetssystem ska det utföras riskanalyser på alla avvikelser som inträffar i verksamheten. Riskanalyser bör även utföras i samband med organisationsförändringar och större rutinförändringar. Händelseanalys av särskilt allvarliga avvikelser sker i samband med intern utredning. Verksamheten har valt att använda de metoder som SKL beskriver i "Riskanalys och händelseanalys".

# Informationssäkerhet

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. En logg är en registrering och lagring av all aktivitet som sker i ett IT-system. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva samt i systemet för sammanhållen journalföring, Nationell Patientöversikt, (NPÖ), säkerställer verksamheten 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. Kvalitetskontroll av dokumentationen ska utföras kontinuerligt under året.

# Resultat och analys

## Fall

Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. 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 2018 var att utföra riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. I samband med riskbedömning planeras även åtgärder för att minska fall inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Antalet registreringar i Senior Alert för samtliga enheter uppgår till 86 unika individer som fått minst en riskbedömning utförd. Det totala antal utförda bedömningar är 130 st. vilket är en minskning från 2017. 83 % har bedömts ha ökad risk för fall. Av dessa har endast 29 % av bedömningarna identifierat bakomliggande orsaker medan 98 % av individerna har åtgärdsplaner med minst en åtgärd angiven per riskområde.

Under 2018 har det inrapporterats 684 falltillbud i jämförelse med 877 året innan, vilket är en minskning med cirka 23 procent. Noterbart i detta sammanhang är, precis som under föregående år att en individ med hög fallfrekvens stått för 67 rapporterade fall under 2018. Avvikelse rapporteringen uppvisar brister då ingen utav fallrapporter har analyserats utifrån skada eller allvarlighetsgrad. Syftet med avvikelse rapporteringen är att identifiera risker och utifrån detta skapa åtgärder, arbetssätt och rutiner för att minska risken för återkommande fall. Målet avseende att minska antalet fall är uppnått.

## Läkemedel

Förvaltningen arbetar ständigt med att försöka göra läkemedelshantering 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. Den i särklass största orsaken till avvikelser 2018 är fortfarande "Utebliven dos" som står för ca 55 procent av avvikelserna. 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. Allvarlighetsgraden på "utebliven dos" bedöms som måttlig då det är en övergående funktionsnedsättning eller skada och när sannolikheten är mycket stor att det kan inträffa dagligen behöver bakomliggande orsaker utredas.

Användningen av EVONDOS läkemedelsrobot ökar patientsäkerheten genom att helt eliminera antal uteblivna doser. 5286 dospåsar administrerades via EVONDOS. Användarna har 99,7% följsamhet till ordinerade doser. Utbildning kommer ske under 2019 för att, om möjligt utöka användningen av EVONDOS.

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 således minskat i förhållande till föregående år. För att öka patientsäkerheten och minska antalet fel i läkemedelshanteringen 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.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom verksamheten LSS påvisade framförallt brister i nyckelhanteringen till vårdtagarnas medicinskåp på särskilt boende samt i kodhantering och spårbarhet i hela verksamheten. För övrigt hittades inga allvarliga brister. Rutiner för hantering av koder och spårbarhet gällande nycklar kommer att införas under 2019.

Totalt har 676 avvikelser gällande läkemedelshantering inrapporterats vilket är en minskning 19 med procent jämfört med 2017 (826 st.) Målet är uppnått.

## Läkemedelsgenomgångar

Det finns inom verksamheten inga dokumenterade läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende under 2018. Målet ej uppnått

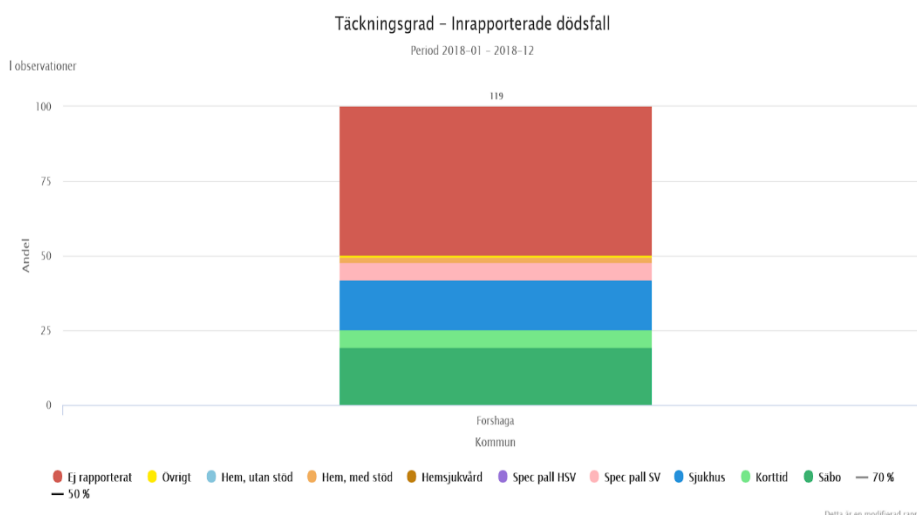
## Basala hygien- och klädrutiner

Dokumentation saknas avseende arbete med att öka följsamhet till basala hygien - och klädrutiner. Ingen dokumenterad egenkontroll. Mål ej uppnått.

## Palliativ vård

För att förbättra vården för patient i livets slutskede har registreringar i kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret utförts. Statistiken bygger på gemensam registrering från Region Värmland och Forshaga Kommun och avser personer folkbokförda i Forshaga Kommun som avlider under 2018. Hemsjukvårdens sjuksköterskor ansvarar för att registrera de personer som avlider med pågående hemsjukvård.

Ingen av Värmlands kommuner når målet gällande antalet registreringar, under 2018. Målet för varje kommun i Värmland är att täckningsgraden gällande registrerade dödsfall ska vara minst 70%. Forshaga Kommun har under året 50,2% täckningsgrad (jmf 62,18% 2017) gällande antalet registreringar totalt och ligger därmed lägst i Värmland. Mål ej uppnått.



Avseende utförda brytpunktssamtal var målet i Värmland 2018 att minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit brytpunktssamtal vilket Forshaga kommun uppfyller. Målet är uppnått.

Kommun	Andel Ja, %
Hela urvalet	71,3
Munkfors	94,7
Hammarö	93,2
Grums	81,1
Säffle	80,6
Eda	80
Kil	78
Arvika	77,6
Kristinehamn	76,7
Forshaga	71,4
Årjäng	70,5
Sunne	67,9
Storfors	66,7
Filipstad	65,8
Karlstad	64,3
Torsby	59,6
Hagfors	48,1

Målet i Värmland är att minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit validerad smärtskattning 2018. Mål ej uppnått.

Kommun	Andel Ja, %
Hela urvalet	54,1
Hagfors	78,8
Kil	75,6
Munkfors	68,4
Årjäng	68,2
Kristinehamn	67,1
Grums	64,9
Filipstad	60,5
Säffle	58,1
Karlstad	57
Sunne	52,6
Eda	50,9
Arvika	46,8
Storfors	22,2
Torsby	21,2
Hammarö	20,5
Forshaga	17,6

Föregående år var siffran lägre, endast 7,5 % av personer i livets slutskede hade erhållit smärtskattning med validerat instrument förbättring så en viss har skett under 2018.



Region Värmland har under hösten 2018 beslutat att göra en satsning för att öka kompetensen inom palliativ vård hos vårdpersonal. Det har bildats nätverk av palliativa ombud från alla verksamheter i Värmland i samarbete med de palliativa konsultsjuksköterskorna i Arvika, Karlstad, Kristinehamn, Säffle och Torsby.

I Forshaga kommun har ombud utsetts och de ska arbeta med utbildning, uppföljning och stöd till respektive verksamhet. Nätverket ska också fungera som stöd för varandra och ge utrymme för gemensamma etiska reflektioner. Målet med ombuden är att med stöd av sina lokala konsultsjuksköterskor i palliativa teamet arbeta aktivt för att vidareutveckla den palliativa vården inom sitt ansvarsområde.

## Övriga resultat

### Demensvård

Forshaga kommun har 100 individer med demensdiagnos med insatser från kommunal hälso- och sjukvård. 61 % bor i särskild boendeform (SÄBO).

För att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom registrerar Forshaga Kommun, efter inhämtat samtycke, i SveDem SÄBO (Svenska Demensregistrets SÄBO-modul) samt BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Antalet registreringar i SveDem baseras på uppföljningar efter byte av boendeform, från ordinärt boende till särskild boendeform. Ansvaret för grundregistreringar ligger på Region Värmland, då det är primärvårdsenheter som ansvarar för utredningen och den slutgiltiga diagnossättningen.

Under 2018 utfördes 36 registreringar, gällande 17 personer i BPSD i Forshaga kommun. I SveDem SÄBO är endast ett fåtal registreringar utförda.

### Samverkan kommun - slutenvård

Under 2018 har Forshaga kommun haft patienter som vid 327 tillfällen krävt slutenvård. Efter införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, har antal vårddygn efter att läkare bedömt patienten utskrivningsklar, sjunkit till 1,5 vårddygn, för individer folkbokförda i Forshaga Kommun. Genomsnittet för kommuner i Värmland är 1,7 vårddygn. Genomsnittet i Värmland gällande återinskrivning 1-30 dagar efter utskrivning från slutenvård ligger på 18 % och Forshaga kommun ligger på 15 %. Regionalt mål uppfyllt.

### Händelser och vårdskador

Under 2018 har fyra interna utredningar genomförts varav en anmäls till inspektionens för vård- och omsorg (IVO). Ytterligare ett klagomål inkom under december månad där internutredningen har lett till att händelsen är i processen att anmälas till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) enligt Lex Maria under 2019.

## Informationssäkerhet

Loggkontroller i dokumentationssystemet Treserva är utfört vid ett tillfälle under 2018. Granskningen har inte lett till att några misstänkta överträdelser har upptäckts.

## Analys av icke uppnådd måluppfyllelse 2018

Under 2018 har Vård- och omsorgsförvaltningen genomgått organisationsförändringar vilket har påverkat patientsäkerhetsarbetet. Ledningsstrukturen är förändrad då förvaltningen har delats in i två områden samt att flertalet nya chefstillsättningar på enhetsnivå har skett under året. Ny MAS är tillsatt under senare delen av året samt funktionen MAR har tillsatts. Även flertalet rekryteringar av ny legitimerad personal har skett under året. Resultatet av denna organisationsförändring har påverkat kontinuitet och upprätthållande av patientsäkerhetsarbetet.

# Mål och strategier för kommande år 2019-2020

## Mål

- Minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Minska antalet fel i läkemedelshanteringen
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende
- Öka följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler hos all personal
- Öka livskvalitén 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). Utveckla strukturerade arbetssätt gällande fallprevention Grundläggande, gemensam delegeringsutbildning för all nyanställd personal samt repetitionsutbildning inför förnyelse av delegering
- 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
- Utbilda personal i, samt öka användningen av, BPSD i syfte att utveckla god vård för personer med demenssjukdom