



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

190206 Carina Stavåsen

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

.....	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
1. STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador	7
Samverkan med andra vårdgivare regional nivå	7
Ny lag om utskrivningsklara	8
Närvårdssamverkan delregionalt - lokalt	8
Samverkan lokal primärvård	8
Inkontinensprojekt.....	8
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll	9
3. PROCESSER - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	10
4. RESULTAT OCH ANALYS	10
Hygien	10
Avvikelser	11
BPSD-registret	12
Svenska HALT.....	14
Munhälsa - tandvård.....	14
PPM- mätning (punktprevalensmätning) trycksår.....	15
Palliativregistret	16
Senior alert	18
5. Mål och strategier för kommande år	18

Sammanfattning

Genom att kvalitetssäkra utvalda processer och rutiner för bl.a dokumentation, avvikelseprocessen, delegering och läkemedelshantering bör en ökad patientsäkerhet och kostnadseffektivitet uppnås.

Under året kan ses att ett stort deltagande i nationella mätningar och användande av kvalitetsregister bidrar till att kunna analysera och förbättra verksamheten. Resultaten får användas under 2019 för djupare analys. Utbildningar har skett bl.a inom demensvård och BPSD vilket ökar möjligheten till en god och säker vård.

Brister uppmärksammats inom dokumentation, läkemedelshantering, delegering och avvikelshantering. Nuvarande arbetssätt innebär risker för patientsäkerheten men kan förbättras genom att rutiner och arbetssätt ses över.

Under året har sjuksköterskebemanningen periodvis varit låg pga otillsatta tjänster och svårigheter att rekrytera vikarier under sommaren har under vissa delar av året omvårdnadspersonal anställts inom hem-sjukvårdsorganisationen för att avlasta sjuksköterskorna.

Under kommande år har prioriteringar inom följande områden identifierats:

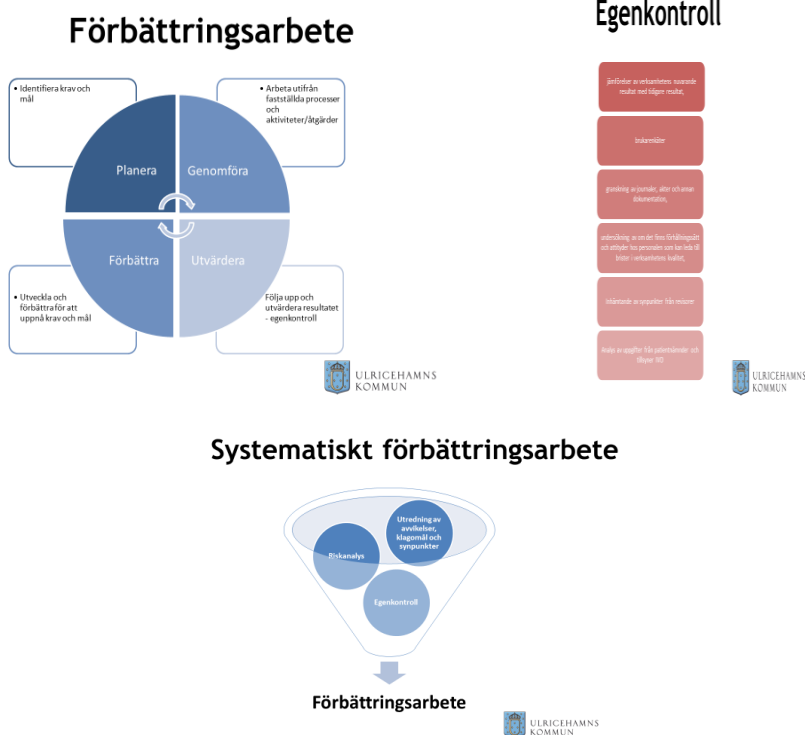
- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Avvikelseprocessen
- Vårdpreventionsarbetet
- Demensvården
- Palliativ vård
- Vårdhygien

1. STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Att utifrån SOSFS 2011:9 och patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 verka för ett ledningssystem, gällande patientsäkerhet, som är känt, används och följs inom samtliga kvalitetsområden och i all berörd verksamhet.

Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser, säkerställa att den enskilde får den vård, omsorg och behandling som utlovats. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Ledningen för verksamheten där det bedrivs hälso- och sjukvård ska styra verksamheten till ett systematiskt, metodiskt och processorienterat arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ansvarig politisk nämnd har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Socialchef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvariga) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Ska tillsammans med MAR och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Ska tillsammans med MAS och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet avseende rehabilitering och inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschef/Enhetschef

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom patientsäkerhet och som verksamheten är berörd av, är väl kända av personalen samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med metoder och arbetssätt utifrån patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Stödfunktioner

Vårdhygien och smittskyddsenheten på Södra Älvsborgs sjukhus.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Struktur för uppföljning kopplat till mål och strategier finns för

- avvikelshantering
- kvalitetsregister
- dokumentation/loggkontroller
- nationella kvalitetsmätningar
- vårdhygien egenkontroll
- läkemedelsuppföljningar
- utvärdering av arbetssätt och metoder

Avvikelsehantering

Avvikelseberättelserna är en av de viktigaste källorna till att upptäcka vårdskador och risk för vårdskador. Avvikelse inom hälso- och sjukvården ska rapporteras och verksamhetens chef utreder, analyserar och följer upp i team med berörd personal. Särskilt allvarliga händelser utreds av MAS.

MAS följer upp, sammanställer, analyserar och redovisar till nämnd och verksamheter två gånger per år samt bedömer om händelsen leder till en Lex Maria anmälan.

Avvikelse i vårdssamverkan rapporteras och hanteras enligt överenskommelse inom Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Avvikelse gällande apotek och medicintekniska produkter rapporteras enligt särskilda rutiner.

Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister används för systematiskt kvalitetsarbete;

- *Senior alert*; via registret följs resultatet för det vårdpreventiva arbetssättet gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och inkontinens.
- *Palliativregistret*; via registret följs täckningsgrad och hur den palliativa vården fungerade sista veckan i patientens liv.
- *BPSD-registret*, via registret kan evidensbaserade vård- och omsorgsåtgärder vid beteendemässiga symtom vid demenssjukdom följas.

MAS gör analyser och årliga sammanställningar och jämför resultaten mot uppsatta mål och redovisar till nämnd och verksamhet.

Dokumentation/loggkontroller

Journalgranskning genomförs i samband med MAS utredning av avvikelser. Strukturerad journalgranskning bör genomföras.

Loggkontroller av patientjournaler utförs enligt rutin.

Nationella kvalitetsmätningar

Kommunen har som avsikt att delta i nationella mätningar ex. gällande följsamhet till basala hygienrutiner, förekomst av trycksår och andra punktprevalensmätningar. Resultat från nationella kvalitetsmätningar och jämförelser redovisas till nämnd och verksamhet.

Vårdhygien

Enhetschef ansvarar för att driva följsamhet till basala hygienrutiner och särskilda hygienombud ska finnas på varje enhet. Årlig uppföljning av MAS. All personal ska få information om rutinen för basala hygienrutiner och skriva under ett intyg att de är skyldiga att följa rutinen. I kommunen finns beslut att all vårdpersonal som jobbar med vårdnära arbete ska ha daglig tillgång till rena arbetskläder utifrån fastställda krav och att dessa ska kunna tvättas, torkas och förvaras på arbetsplatsen. Personal ska också byta om på arbetsplatsen. Löpande funktionskontroller av diskdesinfektorer ska göras ute på enheterna. Årlig service och funktionskontroll görs enligt avtal med extern utförare. Enheter kan också göra egenkontroller enligt framtagna checklistor.

Läkemedel

För varje enskild patient ska årlig läkemedelsgenomgång göras enligt lokalt avtal med Närhälsan. Läkemedelshanteringen är föremål för ständig förbättring och sker via särskild arbetsgrupp. Kommunala akutförråd finns för att täcka behovet av akut ordinerade läkemedel. Särskilt utsedda sjuksköterskor ansvarar för förråden.

Arbetssätt och metoder

Arbetssätt inom hälso- och sjukvård är tillgängliga för all berörd personal genom aktuella rutiner och riktlinjer på intranätet. Utifrån inkomna synpunkter, avvikelser och omvärldsbevakning ska arbetsprocesser regelbundet analyseras och förbättras. Rutiner och riktlinjer ska vara uppdaterade och aktuella.

2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador

Samverkan med andra vårdgivare regional nivå

Samverkan mellan regionen och kommunerna gällande hälso- och sjukvård regleras i *Hälso- och sjukvårdsavtalet* samt *Ramavtal för läkarmedverkan* som finns mellan Västra Götalandsregionen och Väst-Kom.

Ny lag om utskrivningsklara

Under året har den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård implementerats och det gemensamma journal och informationssystemet mellan kommuner och region, SAMSA, har anpassats efter den nya lagen. Arbetet har skett i delregionala och lokala arbetsgrupper. Videovårdplanering har fortsatt implementerats och blivit en naturlig del av arbetet för kommunens vårdplaneringsteam.

Närvårdssamverkan delregionalt - lokalt

Samverkan på delregional nivå mellan kommun, Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS) och Närhälsan regleras i styrdokument och avtal beslutade i Närvårdssamverkan i södra Älvsborg.

Socialchef representerar kommunen i Närvårdssamverkans styrgrupp. Regelbundna samverkansmöten hålls både i lokal ledningsgrupp och i arbetsgrupper.

Avvikelseapportering vid brister i vårdens övergångar mellan kommunen och andra vårdgivare ses som en viktig del att förbättra patientsäkerheten. Händelser av vikt tas upp på lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan där både representanter från kommun, sjukhus och primärvård träffas.

Kommunen har också representanter i delregionala arbetsgrupper bl.a för det gemensamma informationssystemet SAMSA.

Samverkan lokal primärvård

Samverkan med vårdcentralerna i kommunen regleras i lokala avtal och regelbundna möten. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Inkontinensprojekt

Samarbetet mellan de tre kommunerna Bollebygd, Tranemo och Ulricehamn och FoU (hög-skolan i Borås) har fortgått under 2018. Arbetsgruppens intention är att tillse att alla som ingår i kommunens hem-sjukvård och har drabbats av inkontinens skall erbjudas en basal utredning samt individuellt anpassade åtgärder, både vad gäller toalettvanor som inkontinensskydd.

Patienters och närståendes delaktighet

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att patienter och närstående ges möjlighet att medverka och påverka i den enskildes vård och behandling. Detta görs möjligt vid t.ex. inskrivningssamtal, vårdplanering, upprättande av hälsoplan, i den dagliga vården samt vid utredning av avvikelser. Särskilt anhörigstöd finns också att tillgå.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal inom sektor Vårld ska ha kunskap om vikten av att rapportera händelser och risker som patienter och brukare utsätts för. Närmaste chef ansvarar för att informera sin personal vad som ska rapporteras och hur man gör. och att avvikelserapporteringen blir ett verktyg att utveckla och förbättra verksamheten.

Klagomål och synpunkter

Inom kommunen

Via kommunens hemsida finns möjlighet att skicka in klagomål och synpunkter. Ute i verksamheterna finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Dessa hanteras enligt rutin och utreds av berörd chef eller annan lämplig person.

Patientnämnden

Klagomål och synpunkter, som kommer via Patientnämnden tas emot och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller verksamhetschef. Information om Patientnämnden finns på Ulricehamns kommuns hemsida.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per år	HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen
Avvikelser	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, avvikelshanteringssystemet
Vård i livets slutskede	1 gång per år	Palliativregistret
Vårdprevention	1 gång per år	Senior alert
Demens-BPSD	1 gång per år	BPSD-registret

3. PROCESSER - åtgärder för att öka patientsäkerheten

MAS har pga. kort anställningstid svårt att redovisa vilka åtgärder som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten. Dock kan ses att ett stort deltagande i nationella mätningar och användande av kvalitetsregister bidrar till att kunna analysera verksamheten. Resultaten får användas under 2019 för djupare analys. Utbildningar har skett bl.a inom demensvård och BPSD vilket ökar möjligheten till en god och säker vård.

Riskanalys

Under den korta tid MAS varit anställd har brister uppmärksammats inom läkemedelshantering och delegering. Nuvarande arbetssätt innebär risker för patientsäkerheten men kan förbättras genom att rutiner och arbetssätt ses över.

Under året uppgraderades avvikelssystemet men bristfällig information till förvaltning och verksamhet har bidragit till osäkerhet kring framförallt bedömning och analys. Oklarheter finns överlag hur avvikelssystemet kan och ska användas vilket bidrar till att inträffade händelser inte använd för att förbättra verksamheten.

Dokumentation i patientjournalen har upplåtits till icke legitimerad personal vilket innebär att när de dokumenterat har deras anteckningar blivit journalförda som att de är legitimerade sjuksköterskor. De icke legitimerade har dokumenterat bedömningar som åligger en sjuksköterskas ansvar och därmed är patientsäkerheten rubbad och journalföringen inte enligt gällande lagstiftning.

Under året har sjuksköterskebemanningen periodvis varit låg pga otillrättliga tjänster. Dock har bemanningen successivt börjat fyllas på men det har inneburit hög arbetsbelastning för de som funnits i tjänst och bemanningsföretag har också anlåtats. För att täcka sjuksköterskebristen har under vissa delar av året omvårdnadspersonal anställts som omvårdnadsassistenter inom hemsjukvårdsorganisationen. Rutiner och ansvar har för dessa varit oklart.

4. RESULTAT OCH ANALYS

Hygien

Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras två gånger/år. Resultatet ej möjligt att redovisa här.

Möjlighet att desinfektera använda instrument och utensilier bör göras i en dekontaminator, både ur vårdhygieniska aspekter men också ur miljöhänsyn. Serviceavtal på dekontaminatorer avslutades under 2018 pga felaktig information och en dekontaminator var tvungen att kasseras men ersattes inte av en ny och istället började man använda kemisk desinfektion.

Avvikelser

Under 2018 rapporterades totalt 3521 avvikelser inom sektor välfärd, vilket är en ökning jämfört med 2017. Av dessa inträffade 624 inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och 1616 var fallskada eller risk för fallskada.

Totalt rapporterade avvikelser inom SoL, LSS och HSL		
2018	2017	2016
3521	3195	2938

Avvikelser läkemedelshantering		
	2018	2017
Utebliven dos	415	409
Läkemedel saknas	114	27
Feldosering	36	44
Upptäckt fel dos	36	47
Förväxlat patient	8	27
totalt	609	554

Övriga avvikelser hälso- och sjukvård		
	2018	2017
Utebliven/felaktig behandling	5	
Brist informationsöverföring	9	
Trycksår	1	
totalt	15	

Avvikelser fall		
	2018	2017
Fall med skada	128	136
Fall utan eller med mindre skada	1488	1421
Totalt	1616	1557

Läkemedel

Antalet rapporterade avvikelser har ökat under året. En djupare analys är ej möjlig att göra men MAS kan konstatera att rutiner och följsamhet till rutiner måste prioriteras för att förbättra patientsäkerheten. All personal har t.ex. inte haft gällande delegeringar för att utföra läkemedelshantering. Delegation av delning i dosett skulle dragits in 2018 men en otydlighet har funnits och delegering har fortgått och uppgiften har utförts av personal utan delegering vilket är mycket allvarligt.

Dosettdelade läkemedel kräver mycket resurser och är en källa till att fel kan uppstå. Kommunens önskan om en ökning av dosdispenserade läkemedel, utifrån patientsäkerhet och kostnadseffektivitet, framförs kontinuerligt till primärvården.

Avvikelser i Närvårdssamverkan

Kommunen har skickat 48 avvikelser till olika instanser inom regionens hälso- och sjukvård, de flesta handlar om informationsöverföring. Kommunen har fått ett mindre antal avvikelser till sig.

BPSD-registret

Svenska BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

	2018	2017	2016
Antal registreringar	60	82	36

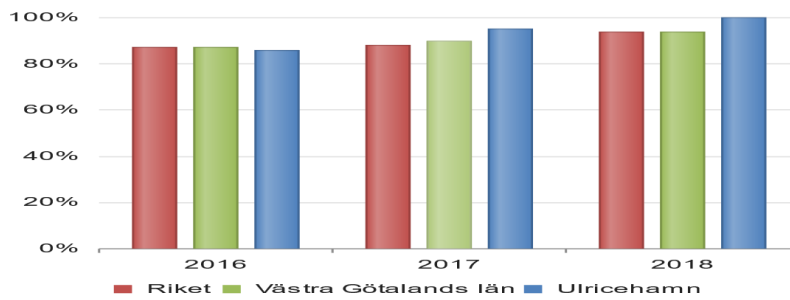
För att kvalitetssäkra användandet av registret så krävs utbildning till BPSD-administratörer. Utbildare är personer godkända från registerhållaren. Under året har en satsning gjorts på utbildning av olika kategorier av personal som arbetar på demensavdelningar

Antal utbildade BPSD-administratörer	2018	2017
Sjuksköterskor	12	4
Arbetsterapeuter Fysioterapeuter	11	5
Enhetschefer	3	4
Omvårdnadspersonal	21	9
totalt	47	22

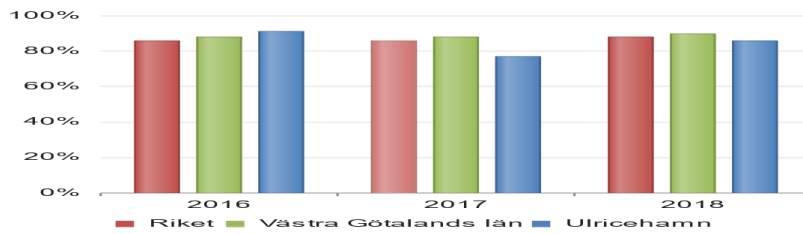
Antalet legitimerad personal och enhetschefer som är BPSD-administratörer är nu väl täckt på alla demensavdelningar. Dessutom finns minst två omvårdnadspersonal per avdelning med utbildning.

All övrig personal på demensavdelningarna har fått en två timmars information om demenssjukdomar, varför BPSD-bedömning görs och vikten av att upprätta en bemötandeplan som alla ska följa.

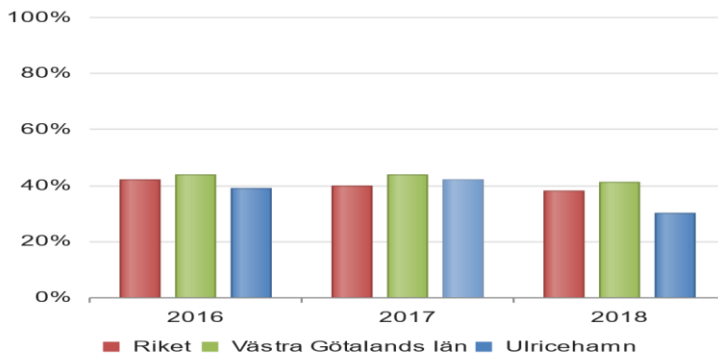
Nedan visas några av resultaten som kan utläsas i BPSD-registret:



Andel personer som har bemötandeplan



Andel personer som har fått en läkemedelsöversyn



Andel personer med olämpliga läkemedel

Svenska HALT

I nationella mätningen HALT registreras/uppskattas antalet vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Ulricehamn registrerade 261 patienter vilket motsvarar antalet platser på särskilt boende. Antalet patienter med bekräftade infektioner var 2st och antalet patienter med antibiotikabehandling var 8st eller 3%, vilket ligger något över riket.

Riskfaktorer för vårdrelaterad infektion är patienter med urinkateter (8%) och patienter med sår (11%).

Munhälsa - tandvård

Den som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård), vilket innebär att personen betalar samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården.

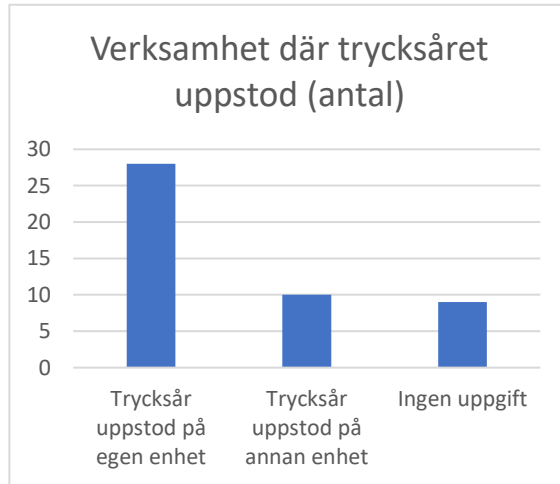
Intyg om N-tandvård ger även rätt till en årlig munhälsobedömning hemma i bostaden. I Ulricehamns kommun bedömer utsedda sjuksköterskor och handläggare om personen är berättigad till intyg.

Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning	Äldreboende	LSS+enskilt boende
Antal personer med intyg om nödvändig tandvård	186	249
Antal (andel)tackat ja till munhälsobedömning	168	81
Antal (andel)tackat ja till munhälsobedömning som fått en MHB		

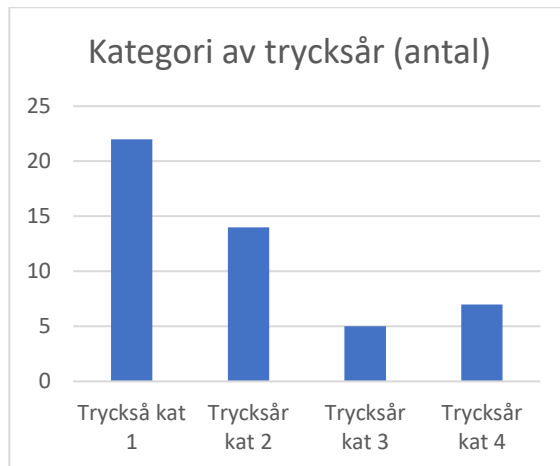
Utbildning till personal i munhälsa	2018		2017		2016	
	ÄB	LSS+ Ord	ÄB	LSS+ Ord	ÄB	LSS+ Ord
ÄB=äldreboende LSS+ord=LSSboende+ ordinärt boende						
Antal personal som utbildats	37	11	59	0	165	21
Antal personalgrupper som utbildats	2	2	-	-	-	-
Antal personalgrupper ej utbildats	21	15	-	-	-	-

PPM- mätning (punktprevalensmätning) trycksår

Kommunen deltog i den nationella trycksårsmätningen som genomfördes under en dag 2018. Vård- och omsorgsboenden, korttidsenheten samt hemsjukvården i ordinärt boende deltog. 344 registreringar gjordes och 48 trycksår fanns fördelat på 35 personer.



De vanligaste orsakerna till trycksåren anges vara att huden utsatts för ökat tryck och nedsatt födointag.



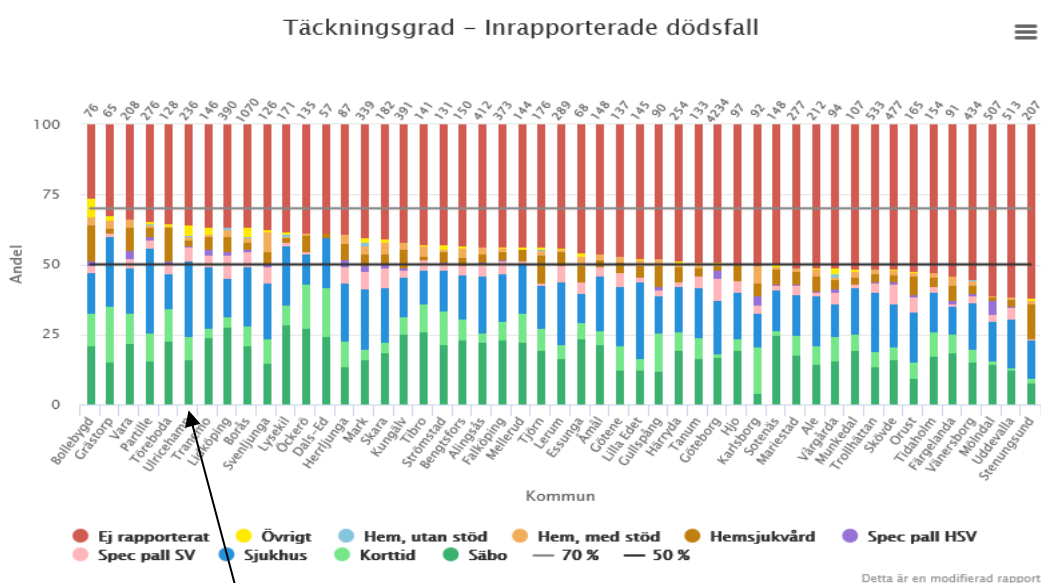
Kategori 1 är den lindrigaste formen av trycksår och kategori 4 den allvarligaste där ben, senor och muskler kan vara drabbade.

De vanligaste åtgärderna som redovisas är daglig bedömning av huden, mellanmål, hudvård, minska nattfastan, tryckavlastning, hjälpmedelsförskrivning, lägesändringar.

Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för att förbättra vården i livets slut. Efter att en person avlidit besvaras en enkät med ca 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Därefter kan resultatet användas för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Nedanstående tabeller visar dels andel registreringar av inträffade dödsfall samt resultat utifrån socialstyrelsens kvalitetsindikatorer inom palliativ vård.



Ett nationellt mål är att 70% av inträffade dödsfall ska registreras i registret, Ulricehamn når 64,4%.

Tabellen visar registreringar gjorda på både sjukhus och kommun, registreringen görs där patienten avlidit. Om det är sjukhus eller kommun som inte registrerar tillräckligt redovisas inte här.

Under 2018 har de indikationer som redovisas i spindeldiagram förändrats därför görs ingen jämförelse med 2017.

En jämförelse görs istället mellan vård- och omsorgsboende, korttidsplats och ordinärt boende. Stora skillnader ses mellan boendeformerna där personer på korttidsplats och i ordinärt boende fått en högre

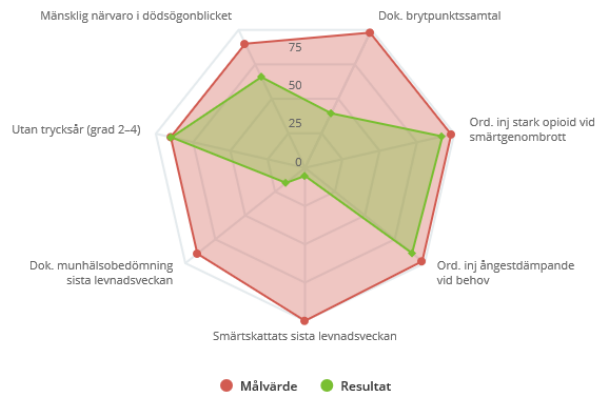
måluppfyllelse jämfört med personer som vårdats på vård- och omsorgsboende. Gemensamt ses att smärtskattning utförs i mycket begränsad omfattning. Brytpunktssamtal och mänsklig närvaro i dödsögonblicket genomförs minst på vård- och omsorgsboende. Se diagram nästa sida.

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Vård- och omsorgsboende



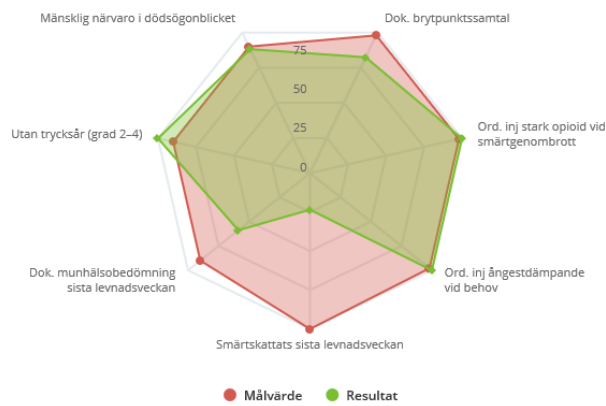
Detta är en modifierad rapport

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Korttidsplats



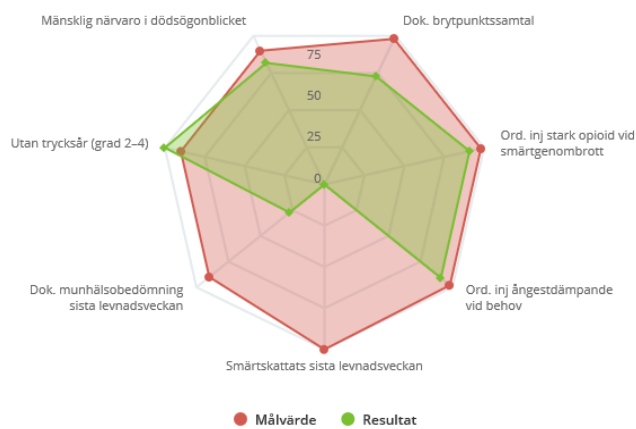
Detta är en modifierad rapport

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Ordinärt boende



Detta är en modifierad rapport

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Hela kommunen	262	91% ↑ 241 av 264	52% ↓ 125 av 241	97% ↑ 233 av 241	56% ↑ 127 av 225	47 ↓ 35 personer	94 ↓ personer	20 ↓ 13 personer	95 ↓ personer
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
Vård- och omsorgsboende	78	90% ↑ 71 av 79	56% ↓ 40 av 71	93% ↑ 66 av 71	39% ↑ 24 av 61	22 ↓ 19 personer	19 ↓ personer	4 ↓ 4 personer	24 ↓ personer
Korttidsplats	59	98% → 58 av 59	0% ↓ 0 av 58	98% ↑ 57 av 58	93% ↑ 40 av 43	0 → 0 personer	28 ↑ personer	0 → 0 personer	31 ↑ personer
Demensboende	60	88% ↓ 53 av 60	74% ↑ 39 av 53	100% ↑ 53 av 53	42% ↑ 28 av 67	14 ↓ 9 personer	29 ↓ personer	2 ↓ 2 personer	22 ↓ personer
Hemsjukvård	65	89% ↑ 59 av 66	78% ↑ 46 av 59	97% → 57 av 59	65% ↑ 35 av 54	11 → 7 personer	21 ↓ personer	14 ↓ 7 personer	20 ↓ personer

Under året har 262 unika personer riskbedömts. Genomgående är att bakomliggande orsaker inte alltid anges men åtgärdsplaner sätts in för flertalet personer. Däremot sämre resultat på att utföra planerade åtgärder.

5. Mål och strategier för kommande år

Fortsatta utvecklingsområden att prioritera i förbättringsarbetet

- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Avvikelseprocessen
- Vårdpreventionsarbetet
- Demensvården
- Palliativ vård
- Vårdhygien

Under 2019 kommer särskilt fokus inom patientsäkerhet att vara:

- Dokumentation – införande av nytt hälsoärende, delegering, avvikelshantering och inkontinens kommer vara fokusområden för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal under 2018.
- Avvikelseprocessen, översyn av rutiner och arbetssätt.
- Läkemedelshantering implementering av ny rutin.
- Delegering, översyn av möjlighet att införa webbaserad utbildning inför delegering.