



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

210401 Carina Stavåsen

Innehåll

Innehåll	2
Sammanfattning	3
1. STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Struktur för uppföljning och utvärdering inom patientsäkerhet	4
Organisation och ansvar	5
2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador.....	6
Samverkan med andra vårdgivare	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	7
3. PROCESSER - för att öka och förbättra patientsäkerheten	7
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
4. RESULTAT OCH ANALYS	10
Avvikelse	10
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner	11
Demensvård - BPSD-registret.....	12
Munhälsa.....	13
Palliativ vård - palliativregistret	14
5. MÅL OCH STRATEGIER för kommande år.....	15

Sammanfattning

För 2020 sattes som mål att för ökad patientsäkerhet och effektivare arbetssätt fortsätta att arbeta med processerna för avvikelshantering, delegering, dokumentation, läkemedelshantering, palliativ vård, vårdprevention, och vårdhygien. Flera av processerna är ständigt pågående förbättringsarbeten men pga. Covid 19 pandemin så prioriterade det vårdhygieniska arbetet självt. I början var det stort fokus på att få fram rätt sorts skyddsutrustning men sen har arbetet kunnat fokusera på att säkra rutiner och arbetssätt för att hindra smittspridning. Verksamheterna lyckades begränsa spridningen av pandemin till fyra utbrott fördelat på två äldreboenden och två hemtjänstområden. Utöver det har enstaka patienter och brukare konstaterats smittade.

Pandemin har även satt fokus på samverkan mellan kommuner men också mellan kommuner och regionens olika verksamheter, vilket bidragit till välgrundade beslut och åtgärder internt i kommunen.

En ny arbetsprocess för förbättrad avvikelshantering inom hela sektor välfärd antogs under året men arbetssättet behöver fortsätta att implementeras. Som tidigare år är knappt hälften av alla avvikelser färdigutredda eller åtgärdade vilket äventyrar både patientsäkerhet och rättssäkerhet. Anhöriga och patienter har under året bidragit med klagomål och synpunkter där några har lett till anmälan till IVO. Avvikelse och egenkontroll ledde till att stora brister gällande läkemedelshantering och dokumentation på en enhet identifierades och som anmäldes till IVO. Bidragande orsaker till att både avvikelser och klagomål inträffat är bl.a bristande bedömningar och kommunikation mellan olika personalkategorier.

Det vårdpreventiva arbetet med att identifiera risker för fall, undernäring, trycksår och munhälsa har vid sidan om pandemin upprätthållits via användande av kvalitetsregistret Senior alert. Palliativregistret har använts i större utsträckning under pandemiåret än tidigare år.

Under 2021 kommer pandemin fortsatt ha en stor prioritet med vaccinering av riskgrupper samt att säkerställa och förbättra arbetssätt för att hindra smittspridning till de riskgrupper som finns inom kommunens verksamheter.

Förbättringsområden och pågående projekt för ökad patientsäkerhet under 2021 prioriteras inom följande områden:

- Avvikelseprocessen implementering
- Bedömnings- och rapporteringsstöd mellan vårdpersonal
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Demensvård
- Läkemedelshantering
- Palliativ vård
- Pågående projekt med patientjournal
- Vårdhygien

1. STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Att utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 verka för ett ledningssystem, som är känt, används och följs inom samtliga berörda verksamhetsområden och bidrar till hög patientsäkerhet.

Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser, säkerställa att vård och behandling bedöms, utförs och utvärderas på ett patientsäkert sätt. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Ledningen för verksamheten ska med stöd av ledningssystemet styra verksamheten till ett systematiskt, metodiskt och processororienterat arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Struktur för uppföljning och utvärdering inom patientsäkerhet

- avvikelshantering
- kvalitetsregister
- dokumentation/loggkontroller
- nationella kvalitetsmätningar
- statistik
- läkemedelsgranskning

Organisation och ansvar

Kommunstyrelsen

Har en övergripande ledningsfunktion och 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 4 kap. 2 § 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 ledningssystemet för patientsäkerhet och som verksamheten/enheten är berörd av, följs och är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetssätt utifrån patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

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

Stödfunktioner

Vårdhygien och smittskyddsgruppen på Södra Älvsborgs sjukhus.

2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador

Samverkan med andra vårdgivare

Regional nivå

Samverkan mellan regionen och kommunerna gällande hälso- och sjukvård regleras i avtal och överenskommelser som finns mellan Västra Götalands-regionen och kommunerna i regionen. Kommunen medverkar genom att bemanna arbetsgrupper på regional och delregional nivå.

Delregional och lokal närvårdssamverkan

Samverkan på delregional nivå mellan kommuner och region i södra Älvsborg regleras i styrdokument och avtal beslutade i samverkansorganet Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Socialchef representerar kommunen i Närvårdssamverkans styrgrupp och leder den lokala ledningsgruppen som består av representanter från kommun, primärvård och sjukhus. Kommunen bemannar delregionala uppdragsgrupper

Avvikelse rapportering vid brister i samverkan mellan kommunen och andra vårdgivare ses som en viktig del att förbättra patientsäkerheten. Händelser av vikt tas upp på lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan. patientsäkerhetsarbetet. Kommunens MAS och MAR deltar i de nätverk som finns för funktionerna och samverkan sker kommunöverskridande för gemensamma förhållningssätt kommuner emellan.

Inom området vårdhygien finns en nära samverkan mellan MAS-nätverket i södra Älvsborg och enheten Vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus.

Lokal samverkan med primärvård

Struktur för läkarmedverkan för kommunens patienter framgår i vårdcentralernas Närområdesplan som hänvisar till regionala rutiner som beskriver hur läkarmedverkan och övrig samverkan ska ske. Regelbundna samverkansmöten hålls där representanter från respektive vårdcentral och kommun deltar. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Under hösten inleddes tillsammans med Närhälsans vårdcentral en översyn av läkarmedverkan och arbetssätt mellan kommunens sjuksköterskor och läkare. Översynen kommer att fortsätta under 2021.

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 och klagomål. Kommunens särskilda anhörigstöd finns att tillgå.

Rapporteringskyldighet

All vård- och omsorgspersonal 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, hur man gör och att avvikelshanteringen blir ett viktigt verktyg att utveckla och förbättra verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

Se under resultat och analys.

3. PROCESSER - för att öka och förbättra patientsäkerheten

För 2020 sattes som mål att för ökad patientsäkerhet och effektivare arbetsätt fortsätta att arbeta med processerna för avvikelshantering, delegering, dokumentation, läkemedelshantering, palliativ vård, vårdprevention, och vårdhygien. Flera av processerna är ständigt pågående förbättringsarbeten men de processer som har kunnat prioriteras under året är framförallt vårdhygien.

Avvikelsehantering

Ny rutin med arbetsprocess för en strukturerad och systematisk hantering av avvikelser antogs av sektor välfärds ledningsgrupp under året och gäller avvikelser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Delegering

Arbetsättet för delegering av arbetsuppgifter har under året fortsatt utifrån det arbetsätt som beslutades 2019. Arbetsättet kommer att utvärderas under 2021.

Dokumentation

Beslut finns att patientjournalen ska införa ett nytt sätt att strukturera journalen på, det s.k. hälsoärendet”. Modellen bygger på nationell informationsstruktur för dokumentation inom hälsa, vård och omsorg. Arbetet påbörjades 2019 men har fått pausas pga pandemin och pilotprojektet för digital signering.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är en central och viktig del i hemsjukvårdens arbete och förbättringsdiskussioner är ständigt aktuella, dels i samverkan med andra vårdgivare, men också inom hemsjukvården. Under året har brister identifierats som resulterat i revidering av rutiner och arbetssätt.

Verksamhetens mål är att alla läkemedel som förvaras i patientens hem och där patienten inte själv kan ta ansvar för säker förvaring, ska förvaras i läkemedelsskåp med digitala lås. Idag förvaras dessa läkemedel i skrin med en osäker nyckelhantering. Syftet med digitala lås är att enbart behörig personal ska ha tillgång till läkemedlen samt att kunna spåra obehörigt intrång. Planering för införande påbörjades under 2020.

Dokumentation är en viktig del av läkemedelshantering och andra åtgärder som delegeras till vård och omsorgspersonal. Beslut finns att digitalisera signering av utförda åtgärder. Pilotprojekt har påbörjats både 2019 och 2020 men fått avbrytas, bl.a. på brister i levererad programvara, bristande förberedelser i telefoner, bristande wifi och mobiltäckning.

Arbete har dock kunnat pågå med att se över strukturen i det digitala verktyget och förbättra kopplingar beställningssystemet för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Visst samarbete har skett med Tranemo kommun som har samma verksamhetssystem.

Palliativ vård

Kommunens hälso- och sjukvård har samverkat med regionens aktörer både delregionalt och lokalt för att hantera de riktlinjer och direktiv som tagits fram kring ställningstagande till palliativ vård i samband med Covid 19 smitta. Den palliativa vårdens kvalitet se resultat och analys.

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är en infektion som en patient eller personal drabbas av i samband med vård och omsorg. Den viktigaste åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är att arbeta med basala hygienrutiner och klädregler.

Under året har det vårdhygieniska arbetet prioriterat sig självt och stort fokus har varit på att säkra rutiner och arbetssätt för att hindra smittspridning av pandemin. Samverkan med vårdhygieniska enheten och smittskyddsenheten inom regionen har varit tät för att säkra och anpassa rutiner allteftersom kunskapen om Covid-19 har fördjupats.

MAS och verksamhetschefer har haft ett flertal dialogmöten med enheternas hygienombud och enhetschefer för att få spridning och dialog om nya kunskaper och rutiner om både skyddsutrustning, hygienrutiner, säkra besök och ändrade städrutiner på boenden.

Provtagning och smittspårning har också varit en stor del av arbetet under pandemin. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler gjordes i slutet av året genom att delta i SKR:s nationella punktprevalensmätning, se resultat och analys.

Ytterligare åtgärder för att minska vårdrelaterade infektioner är att det finns rutiner och utrustning för en säker desinfektion av medicinteknisk utrustning, t.ex. instrument som används vid såromläggning. Värmedesinfektion ska användas framför kemisk desinfektion och engångsmaterial. Värmedesinfektion utförs i de diskdesinfektorer som vissa finns ute på vissa enheter.

Beslut togs 2019 att antal enheter med diskdesinfektorer skulle utökas och samtidigt skulle serviceavtal för befintliga maskiner upphandlas. De tidigare avtalen som fanns för service avslutades i början av 2018 vilket resulterat i att funktionaliteten inte kunnat upprätthållas över tid och en patientsäkerhetsrisk identifierades med risk för vårdskada, se resultat och analys.

Bemanning och ledarskap för hemsjukvården

Under året har ledarskapet för hemsjukvården stärkts genom att utöka med ytterligare en enhetschef för sjuksköterskeenheten, rehabenheten har fortsatt en enhetschef.

Samtidigt har förberedelser för en stor omorganisation inom sektor välfärd skett, där hemsjukvårdens tillhörighet är oklar. Under 2021 kommer en analys av hemsjukvårdens framtida organisation i förhållande till andra verksamheter och möjligheter till nya arbetssätt att göras.

Rekrytering av nya sjuksköterskor är ett ständigt pågående arbete och rutiner för introduktion av nyanställda sjuksköterskor har reviderats men behöver ständigt utvärderas och individanpassas.

Risikanalys

Risker gällande patientsäkerhet upptäckts ofta via avvikelserapporter, klagomål och synpunkter. Riskanalyser. Under året har riskanalyser gjorts i samband med pandemin. I dessa riskanalyser har ingått risk för smittspridning. I händelseanalyser och utredningar som görs så identifieras ofta risker som analyseras och förbättringsåtgärder kan vidtas.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har flera allvarliga händelser utretts, varav fyra lett till Lex Mariaanmälan. Tre av händelserna har utretts utifrån inkomna klagomål från patienter eller närstående vilket är allvarligt då verksamheten inte själv uppmärksammar brister i verksamheten. Händelserna har handlat om brister i bedömningar, kommunikation och åtgärder när patienter försämrats i sitt hälsotillstånd. Utredningarna med planerade eller vidtagna åtgärder har varit godkända av IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Beslut på åtgärder för att minska risken för liknande händelser har bl.a. varit att införa de strukturerade besluts- och rapporteringsstöden ViSam och SBAR för kommunikation mellan vårdpersonal.

Under året identifierades också stora brister i läkemedelshantering och dokumentation på ett enskilt boende. Bristerna var stora både utifrån en enskild sjuksköterskas agerande men också strukturella brister i organisation och ledning kunde härledas längre tillbaka i tiden. Händelsen anmäldes som ett enskilt ärende till IVO.

Informationssäkerhet

Närmaste chef ansvarar för att beställningar och ändringar av behörigheter till verksamhetssystemet omgående rapporteras till systemförvaltare. Behörigheter i HSA-katalogen kontrolleras av HSA-ansvarig varje månad. Loggkontroller utförs av med stickprovskontroller där man kontrollerar att medarbetaren endast loggat in i patientjournaler där man haft en pågående vårdrelation. Loggkontrollerna har inte visat någon otillåten inloggning, dock finns ingen struktur för genomförda loggkontroller vilket måste åtgärdas.

Under året har ingen strukturerad journalgranskning gjorts.

4. RESULTAT OCH ANALYS

Avvikelser

Avvikelser inom sektor välfärd

Antalet rapporterade avvikelser redovisas för hela sektor välfärd. Av de 4138 avvikelserna är endast 47% färdigutredda vilket indikerar att avvikelsearbetet inte prioriteras ute i verksamheterna och risk finns att systemfel och strukturella brister inte uppmärksammas. 825 avvikelser är inte kategoriserade vilket gör att redovisade siffror för varje kategori är osäkra.

Kategori	2020	2019	2018
Läkemedel	1046	386	509
Övrig hälso- och sjukvård	85	100	15
Fall/risk för fall	1681	1580	1616
Avvikelser socialtjänst/LSS myndighet	49		
Avvikelser socialtjänst/LSS utförare	232		
Ej personrelaterade händelse	86		
Fysisk miljö, utrustning, teknik	75		
Informationssäkerhet	59		
Ej kategoriserade avvikelser	825		
totalt	1138	1040	

Avvikelser i Närvårdssamverkan

Kommunen hanterat 112 avvikelser. Av dessa har 99 st. upptäckts i kommunen, 7 har upptäckts på SÄS, 4 på Närhälsan och 1 hos privat vårdgivare. Vanligaste avvikelserna som upptäckts rör samverkan vid informationsöverföring och informationsöverföring/kommunikation. Därefter kommer vård och behandling, främst läkemedel och ordinationer i vårdens övergångar.

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

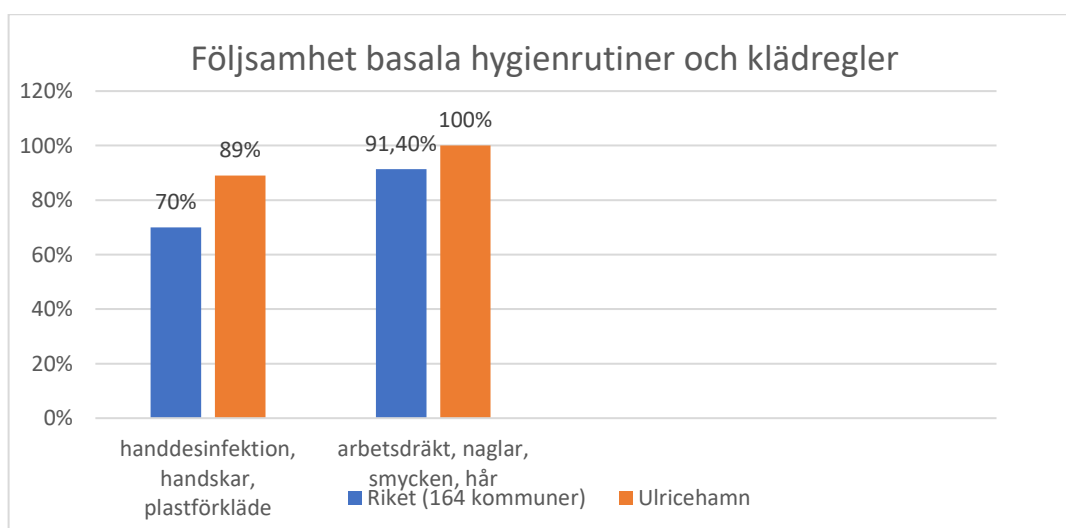
Pandemin drabbade kommunens patienter och brukare med i huvudsak fyra större utbrott fördelat på två äldreboenden och två hemtjänstområden. Utöver det har enstaka patienter och brukare konstaterats positiva på övriga enheter. Åtgärder som rätt användande av skyddsutrustning, säkra besök och ändrade städrutiner på boenden, utbildningsinsatser, hygienombudsträffar, särskild korttidsavdelning, särskilt team för stöttning och kollegial handledning, har bidragit till begränsad smittspridning. Intensivt arbete med provtagning och smittspårning har bidragit till tidig upptäckt av smittade personer.

Efter pandemins utbrott har inte ett enda utbrott av magsjuka skett vilket annars är vanligt under vinterhalvåret.

Under året har regelbunden samverkan skett med vårdhygieniska enheten på SÄS och de har också varit ute på vissa av kommunens enheter för att på plats informera och diskutera lämpliga åtgärder utifrån att minska risk för smittspridning.

Vårdhygieniska enheten har genomfört en hygienrond utifrån fastställt protokoll på kommunens korttidsenhet. Resultatet visade god vårdhygienisk standard.

Kontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har under året gjorts genom att delta i SKR:s nationella mätning. Observation gjordes under oktober månad i 65 vård- och omsorgssituationer. Resultatet visar på mycket god följsamhet även jämfört med andra kommuners resultat:



Desinfektion och rengöring av medicinteknisk utrustning

Beslutet som togs 2019 för upphandling av nya diskdesinfektorer samt serviceavtal för befintliga maskiner har påbörjats men är inte helt klart i slutet på året. Den uteblivna servicen har resulterat i onödigt slitage på maskinerna, akutreparationer, merarbete för sjuksköterskor och brist i patientsäkerheten med risk för smittspridning.

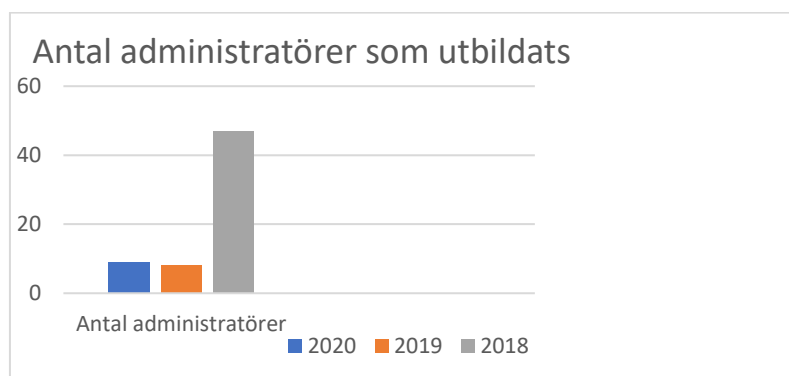
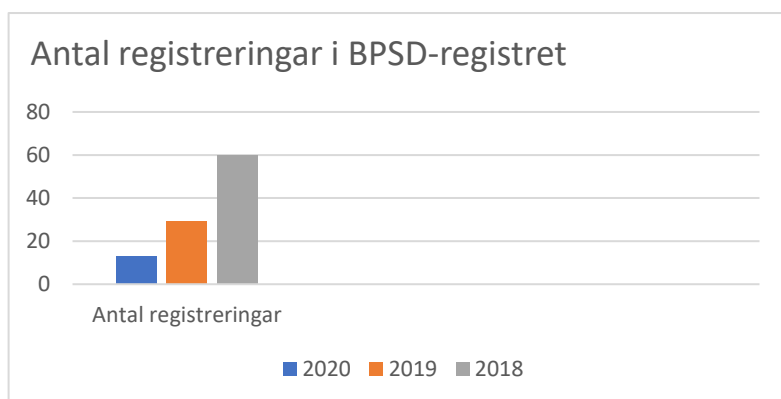
Läkemedelshantering och välfärdsteknik

Digitala loggningsbara lås på läkemedelsskåp har nu installerats i alla lägenheter på vård- och omsorgsboenden för äldre. I ordinärt boende förekommer fortfarande låsbara skrin med en osäker nyckelhantering men test och införande av skåp med digital låsanordning påbörjas under 2021. Inom funktionshinder och socialpsykiatri behöver en översyn göras för att kartlägga behov av en säker förvaring. Digital signering av givna läkemedel och andra åtgärder som delegeras till vård och omsorgspersonal har haft flera pilotprojekt som fått avbrytas.

Demensvård - BPSD-registret

BPSD-registret används för att individanpassa omvårdnadsåtgärder inom demensvården för personer med Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom. För att använda registret krävs en tvådagars utbildning som certifierar behörighet och säkerställer kompetens. Sen 2012 har kommunen utbildat ca 130 administratörer men arbetssättet har inte tagit fart till att vara en naturlig del i verksamheterna.

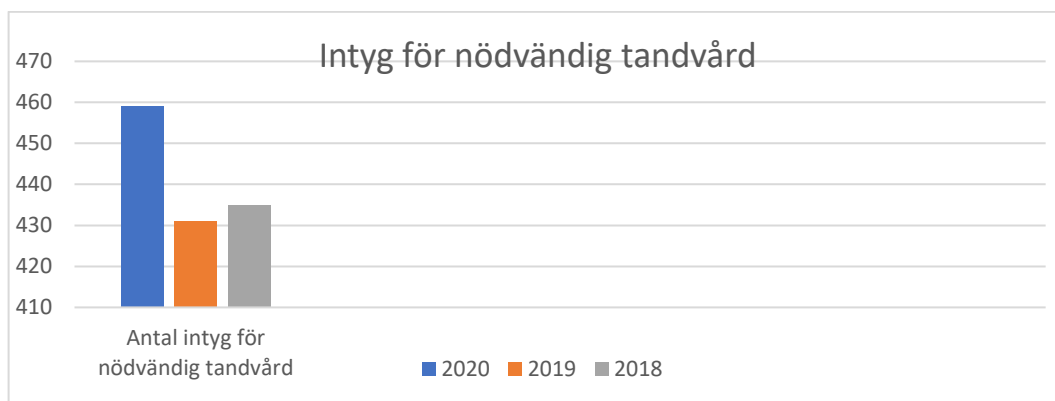
Idag finns ca 45 aktiva användare fördelat bland legitimerad personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Användare finns på alla boenden inom äldreomsorgen. Trots den stora utbildningsinsatsen så har inte arbetet med att använda registret i omvårdnadsarbetet fått fart.



Munhälsa

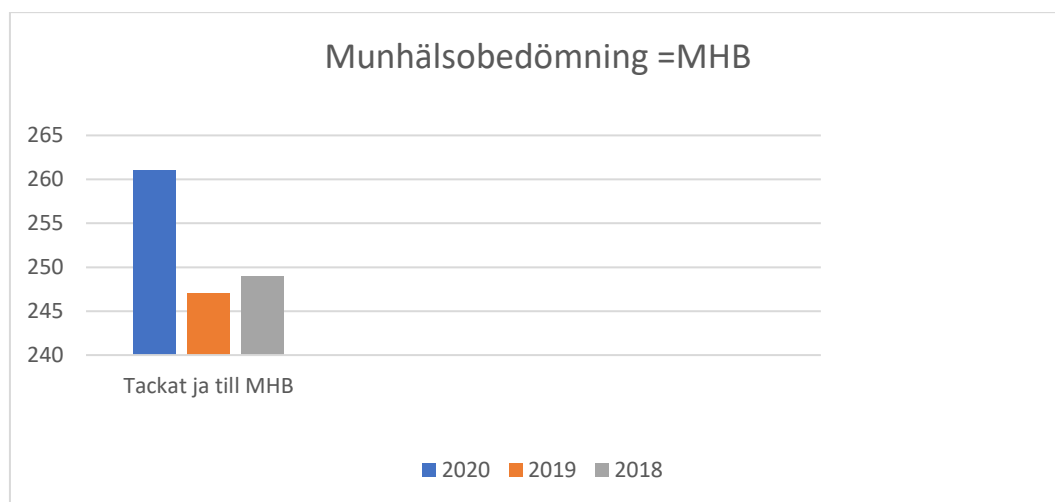
Nödvändig tandvård

Vård och omsorgstagare med omfattande behov av kan ha rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård), vilket innebär att personen betalar samma patientavgifter som i övrig regional hälso- och sjukvård. Sjuksköterska eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget som även ger rätt till en årlig munhälsobedömning av tandhygienist.



Munhälsobedömningar

Positivt är att många tackat ja till att få en munhälsobedömning men få har fått det då pandemin satte stopp för tandvårdens förebyggande insatser som innebär besök i den enskildes hem.



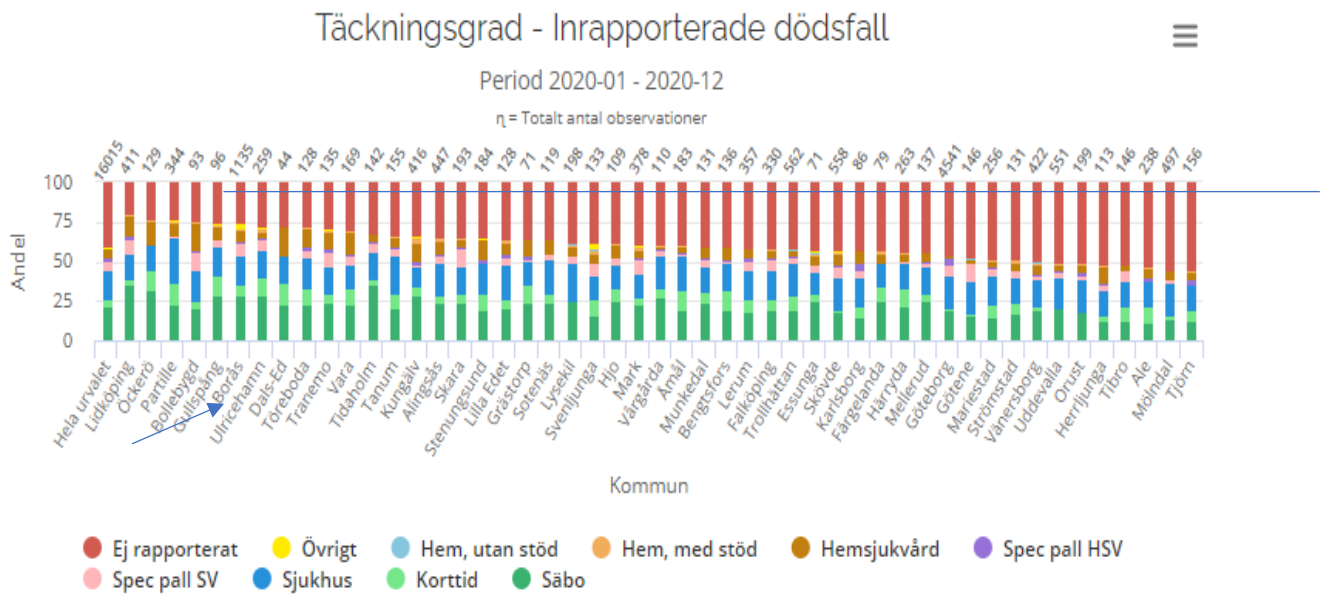
Utbildning

Regionen erbjuder årlig utbildning i munhälsa till alla personalgrupper men pga. pandemin har inga utbildningar genomförts under 2020.

Palliativ vård - 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 om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet kan användas för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Ett nationellt mål är att 70% av inträffade dödsfall ska registreras oavsett var dödsfallet sker. Under 2020 registrerades ca 73% vilket är en förbättring jämfört med 61% 2019

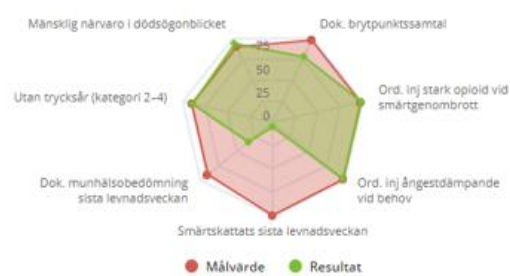
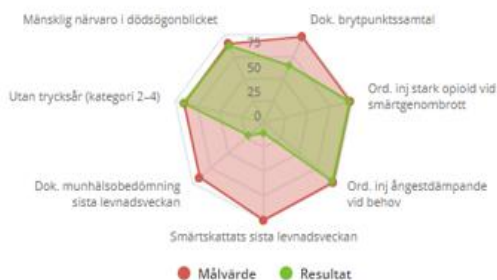


Detta är en modifierad rapport

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och måltal

2020

2019



Vårdprevention - Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där äldre personer kan registreras för att identifiera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Registreringen ger förslag på förebyggande åtgärder samt ges möjlighet till uppföljning och utvärdering på ett strukturerat sätt.

Under året har 175 personer riskbedömts, föregående år var antalet 140 personer. I 92% av riskbedömningarna upptäcktes någon form av risk.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Ulricehamns kommun	175	92% ↑ 177 av 192	59% ↑ 104 av 177	90% ↑ 180 av 177	64% ↑ 88 av 135
Trycksår		28% → 53 av 192	66% ↑ 35 av 53	85% ↓ 45 av 53	53% ↓ 19 av 36
Undernäring		64% ↑ 122 av 192	57% ↑ 70 av 122	92% ↑ 112 av 122	73% ↑ 69 av 95
Fall		82% ↑ 158 av 192	68% ↑ 108 av 158	92% → 145 av 158	65% ↑ 74 av 114
Munhälsa		51% ↑ 92 av 180	51% → 47 av 92	93% ↑ 86 av 92	65% ↑ 49 av 75

Grönt = uppfyller det vårdpreventiva arbetet väl.
Gult = förbättringsområde

- ↓ Minskning jämfört föregående period
- ↑ Ökning jämfört föregående period
- Ingen skillnad jämfört föregående period

5. MÅL OCH STRATEGIER för kommande år

Fortsätta utvecklingsområden att prioritera i förbättringsarbete gällande patientsäkerhet;

- Avvikelseprocessen implementering
- Bedömnings- och rapporteringsstöd mellan vårdpersonal
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Demensvård
- Läkemedelshantering
- Palliativ vård
- Pågående projekt med patientjournal
- Vårdhygien