



TJÄNSTESKRIVELSE

2018-02-13

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Dnr: SN 2018/020

Sammanfattning av ärendet

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa.

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador.

Sammanfattningsvis bedriver enheterna sitt arbete med god kvalitet. Samverkan med externa vårdgivare har förbättrats och det är även ett utvecklingsarbete som kommer att fortsätta. Läkemedelshanteringen har blivit bättre och verksamheten redovisar att uppsatta mål är uppnådda gällande delegeringar, signeringsavvikelser och egenvårdsbedömningar. Ett förbättringsarbete är att enheterna och verksamheten/resultatområdet behöver bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Kontoret föreslår att socialnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-02-13
- Patientsäkerhetsberättelse för 2017, daterad 2018-02-13

Kontorets förslag till nämnden:

Socialnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.



Lenita Granlund

Socialdirektör

Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Handläggare: Nermin Varli
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08 523 069 41
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Rapport | 2018-02-13

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Socialpsykiatri

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08 523 069 41
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

Innehåll

1. Bakgrund.....	3
1.1 Syfte.....	3
1.2 Patientsäkerhet.....	3
1.3 Systematiskt kvalitetsarbete	3
1.4 Sammanfattande resultat	4
2. Organisatoriskt ansvar	5
2.1.1 Verksamhetens beskriver ansvar och roller på olika nivåer enligt följande:	5
3. Mål och strategier som planeras för 2018	7
3.1 Handlingsplan med åtgärder	7
4. Resultat 2017	8
4.1 Egenkontroll och uppföljning.....	8
4.2 Läkemedelsgranskning	8
4.3 Hygienisk standard	9
4.4 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
4.5 Patientjournalssystem	10
4.6 Risk och avvikelshantering.....	10
4.6.1 Klagomål och synpunkter.	11
4.6.2 Lex Maria	11

1. Bakgrund

1.1 Syfte

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska arbetet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Vidare ska strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller lyftas fram för kommande år.

1.2 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (2010:659) (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag.

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation, för bästa tillgängliga kunskap.

1.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I föreskriften beskrivs att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska bedöma sannolikheten och tänkbara negativa konsekvenser.

Inför förändringar i organisationer, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras.

Följande områden ska följas för att säkerställa kvaliteten inom hälso- och sjukvård:

- kunskapsbaserad hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid

1.4 Sammanfattande resultat

Underlaget till patientsäkerhetsberättelsen har samlats in genom uppgifter från resultatområdeschef och enhetschef för hälso- och sjukvård LSS och MAS iakttagelser.

Socialpsykiatrin bedriver sitt arbete på ett bra sätt men det som kan bli bättre är reflektioner och systematiska analyser till det som redovisas. Även beskrivningar av mål och delmål kan bli mer konkreta.

Dialogen och utvecklingsarbetet för samverkan med externa vårdgivare har blivit klart bättre och detta arbete kommer att fortsätta.

Läkemedelshanteringen har blivit bättre. Verksamheten redovisar att uppsatta mål gällande delegeringar, signeringsavvikelser och egenvårdsbedömningar är uppnådda.

Det saknas fortfarande en del rutiner bland annat för var resurs för rehabilitering inhämtas, som arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

Generellt behöver verksamheten arbeta mer systematiskt och vara mer resultatriktat för patientsäkerhet. Mer krav och uppföljning på resultat leder till säkrare arbetsätt för patienten.

2. Organisatoriskt ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda verksamheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor. I social- och omsorgskontorets ledningssystem för kvalitet beskrivs det organisatoriska ansvaret enligt följande:

Medarbetare ”har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Skall medverka i risk och avvikelshantering och delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera enligt beslutade riktlinjer och rutiner.”

Resultatenhetschef ”har ansvar för att bryta ner resultatområdesmål till enhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. Resultatenhetschef har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.”

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ”ansvarar för att resultatområdet har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS ansvarar för att sätta upp ramar utifrån författningar genom riktlinjer som antas av nämnden och följa upp av patientsäkerheten.”

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

I Södertälje kommun är det resultatområdeschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten kommer befattningen verksamhetschef att användas.

Verksamhetschefens formella ansvar är:

- Att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.
- Att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.
- Att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och se till att synpunkter och avvikelser utreds.

2.1.1 Verksamheten beskriver ansvar och roller på olika nivåer enligt följande:

De boende är inskrivna på någon av rehabiliteringsenheterna där landsting och kommun samarbetar med vård och stöd till personer med psykiska funktionshinder.

På landstinget finns specialistpsykiatrisk kompetens i form av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, psykolog samt skötare. På kommunen arbetar socialsekreterare, rehabiliteringsassistenter, boendestöd (för personer i ordinärt boende), arbetsterapeut.

Handläggning och ansvar för LSS-beslut har MÄF - Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning.

På boendet har varje brukare sin samordnare/case manager som samordnar stödet, ansvarar för samordnad planering och uppföljning, nätverksarbete, behovsbedömning, kontakter med rehabiliteringsenheten, sjukvård och andra instanser.

Brukaren har sin läkare, sin socialsekreterare och vid behov arbetsterapeut eller andra rehabiliterande och vårdande insatser i sitt team. SIP, samordnad individuell plan, skrivs mellan landsting och kommun och genomförandeplanen görs på boendet. Resursgrupp runt varje enskild person finns och dessa är utformade utifrån det individuella behovet med t.ex. läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska, rehabiliteringsassistent.

I övrigt har brukarna även andra vårdkontakter, t.ex. primärvård. Samarbetsrutiner finns för dessa kontakter då de är en del av den kontinuerliga vården, t.ex. diabetesvård. De flesta som bor på boendena är listade på vårdcentraler i närområdet.

På landstinget har varje brukare minst ett årligt besök hos läkare och de som har medicineri i form av injektioner får dessa på samma enhet. Basutredning och årliga hälsokontroller görs. Då kontakt behövs med primärvården ordnas det kontakt.

Alla genomgår årligen en behovsbedömningskattning och utifrån resultatet planeras insatserna i genomförandeplanen. Genomförandeplanen följs upp var tredje till var sjätte månad eller efter behov och den enskilde deltar efter förmåga i sin planering. Daglig riskbedömning görs på alla enheter.

Synpunkter, klagomål och avvikelser följs kontinuerligt upp, oftast veckovis vid verksamhetens tavla. Dessutom görs kvalitetsuppföljningar per tertial gällande hela kvalitetsarbetet och åtgärder planeras utifrån resultaten. Rapporteras till kvalitetsutvecklare på social och omsorgskontoret. Rutin för uppföljning av avvikelser finns.

Den kommunala sjuksköterskan har varje vecka en genomgång med boendepersonalen. Ansvarsfördelning mellan kommun sjuksköterska och landstings sjuksköterska finns beskrivet i särskilt dokument i kvalitetsledningssystemet "Samarbete och gränsdragning inom psykiatri Södertälje".

3. Mål och strategier som planeras för 2018

Verksamheten har utifrån sin analys av patientsäkerhetsarbetet tagit fram ett antal förbättringsåtgärder inför 2018.

- Sjuksköterska har påtalat oklarheter hos personal för vad som gäller med medicinering vid patientens frånvaro från boendet. Rutinen ska ses över.
- Fortsätta arbetet med att vidareutveckla samverkansrutiner mellan hälso-och sjukvårdsenheten och boendena för säkrare läkemedelshantering samt åtgärda de avvikelser som framkommit vid 2017 års läkemedelsgranskning.
- Klargöra för var resursen för rehabilitering inhämtas och förskrivning av hjälpmedel för personer inom socialpsykiatri.
- Utbildning om akuta sjukdomstillstånd riktad till boendepersonal planeras av sjuksköterska. Ska genomföras 2018.
- Utbildning i kost och hälsa kopplat till medicinering i samarbete med dietist planeras med SÄBO:s dietist. Dietist ansvaret för socialpsykiatri finns på primärvården.
- Rutinen för att förbättra och säkra kommunikationen mellan personal och sjuksköterska ska fortsätta. Detta är särskilt viktigt då sjuksköterskan eller personalen är frånvarande vid t.ex. semestertider.
- Följa upp och eventuellt uppdatera informationsöverföringsrutinen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Skapa 1-timmens utbildningar som den legitimerade personalen håller i kring olika teman runt hälso- och sjukvård, ex hygien, sårvård.
- Det ska sättas upp mål för uppföljning av delegering, egenvårdsbedömning samt signeringsavvikelser vid administrering av läkemedel.
- Arbeta mer för att höja kompetensen för att uppmärksamma vårdavvikelser och risker för vårdavvikelser som inträffar i verksamheten och se detta som viktig del i förbättringsarbetet för att behålla god patientsäkerhet.

3.1 Handlingsplan med åtgärder

Utifrån redovisningen i patientsäkerhetsberättelsen och verksamhetens egna utvecklingsområden som redovisas ovan ska verksamheten ta fram en handlingsplan med åtgärder. En handlingsplan med åtgärder ska vara klar 1 maj 2018. Handlingsplanen ska lämnas till MAS och redovisas för socialnämnden.

4. Resultat

Resultatet från 2017 har samlats in från verksamheterna och redovisas nedan. I de fall där det finns iakttagelser från MAS redovisas dessa i samband med resultatet.

4.1 Egenkontroll och uppföljning

- Gruppchefen återkopplar varje månad avvikelserapporter till sjuksköterska.
- Daglig riskbedömning görs på alla enheter chef och personal.
- Synpunkter, klagomål och avvikelser följs kontinuerligt upp, oftast veckovis vid verksamhetens tavla.
- Gruppchefer på boendena ser till att rutiner för läkemedelshanteringen följs och gör månatliga avvikelserapporter.
- Gruppchefen på boendet sammaställer avvikelserapporter varje månad och rapporterar till hälso- och sjukvårdsenheten.
- Rapportering av de dagliga riskbedömningarna med åtgärder i form av förbättringsarbete tas upp vid t.ex. arbetsplatsträffar, och "tavelmöten" där alla som arbetar på enheten/arbetslaget träffas.
- Enheten ska arbeta mer för att även riksbedömningar som berör patienten rapporteras i risk- och avvikelserapporteringssystem.
- Arbetat med att utveckla bättre rutiner för avvikelshantering för ökad rapportering och uppföljning.

4.2 Läkemedelsgranskning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) bör vårdgivaren, som ett led i egenkontrollen, se till att läkemedelshanteringen genomgår en kvalitetsgranskning minst en gång per år.

Kvalitetsgranskningen för läkemedelshantering utförs av en farmaceut.

Genom medicinskt ansvarig sjuksköterska valdes enbart en enhet för granskning. Varje år väljs en till två enheter, beroende på identifierade förbättringsområden under året. Underlaget från granskningen är tillräckligt för att få översyn över läkemedelshantering inom socialpsykiatri. Då sjuksköterskan inte är enhetsbundna utan arbetar över hela verksamheten lyfts de brister som uppmärksammas generellt på enheterna.

Farmaceuten lämnar rapport med handlingsplan för åtgärd som chef ansvarar för att åtgärda. Åtgärder som framkommer på rapporten gäller alla enheter inom socialpsykiatri. Vid årets granskning framgår att enheterna har klart förbättrat sina rutiner i relation till förra årets granskning. Andra avvikande aktiviteter i läkemedelshantering har uppmärksammas som kommer att åtgärdas.

Verksamheten redovisar att signeringslistorna har ändrats/förtydligats vilket har lett till att missade signeringar är näst intill obefintliga. Läkemedelsleverans från apotek till enhet har blivit säkrare och tydligare genom bättre arbetsbeskrivningar rörande läkemedelshantering. Förvaring av läkemedel har skärpts.

Likaså förvaring av receptfria läkemedel, detta för att minska risker för skador och komplikationer vid interagerande läkemedel och överanvändning av receptfria läkemedel.

Rutinen för medicindelegering har förnyats av sjuksköterska och tillämpas. Ett nytt utbildningsmaterial har även tagits fram. Verksamheten har blivit bättre på att genomföra egenvårdsbedömningar. De uppsatta målen för uppföljning av delegeringar, signeringsavvikelser, och egenvårdsbedömningar har uppnåtts.

4.3 Hygienisk standard

Övergripande externa rutiner och handlingsprogram *Vårdhygien Stockholm för hygien i vård och omsorg* finns och gäller.

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i verksamhetens kvalitets och säkerhetsarbete eftersom alla vårdgivare har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Viktiga områden är tillgång till vårdhygienisk kompetens, utbildning och kompetensutveckling i vårdhygien, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner, egenkontroller, processer och resultat för vårdhygien.

Som stöd för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete har Vårdhygien Stockholms län tagit fram instrument/utarbetade blanketter som kan användas i alla kommuner, direkt eller efter omarbetning för att passa den egna verksamheten och dess kvalitetssystem. Något som verksamheten kan bli bättre på att utnyttja.

All personal har utfört webbutbildning i basal vårdhygien under 2017. Verksamheten har inte redovisat hur det systematiskt kvalitetsarbete för hygienisk standard går till. Verksamheten bör sträva efter att en personal med spetskompetens i basal hygien finns och att egenkontroller genomförs.

4.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

Överenskommelse för samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning finns antagen mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län.

Målet är att den enskilde får vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och landstingets verksamheter. Verksamheterna inom kommun och landsting har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra.

Syftet är att personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, arbete och mellanmännsliga relationer.

På verksamheten erbjuds patienterna och deras närstående till möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att legitimerad personal har dialog med patienterna gällande deras insatser. De uppmuntrar till delaktighet från anhöriga då de känner patienten bäst och kan bidra med bra kunskaper. Den legitimerade personalen har regelbunden telefonkontakt med anhöriga efter önskemål. Verksamhet eftersträvar en transparent verksamhet där patient och anhöriga känner sig trygga med vården.

Redovisade samverkansrutiner:

- Genomarbetat och väl fungerande samverkan med psykiatrin (se beskrivning av ansvar och roller i början av dokumentet)
- Avstämningsmöte mellan sjuksköterskan och läkaren finns då behov finns.
- Samverkan med primärvården och annan somatisk sjukvård är god.
- Individuell planering kring samverkan dokumenteras i vårdplan.
- För säkrare kommunikation mellan personal på boendet och sjuksköterska har ett "Ärende/rapporteringsblad" tagits fram för säkrare informationsöverföringen.
- För säkrare informationsöverföring vid akuta psykiatriska händelser mellan boendet och sjuksköterska har en särskilt rutin upprättats.
- Samverkansmöten har hållits med Södertälje sjukhus samt med psykiatrin. Vårdcentralerna har kontaktats i enskilda ärenden.
- Utifrån kost och hälsa vid medicinering så har verksamheten arbetat med ESL-material. Syftet med denna insats är att ge klienten ökade möjligheter till ett självständigt liv.

4.5 Patientjournalssystem

När hälso- och sjukvårdsinformation inte tillgängliggörs i realtid uppstår tidsåtgång för sjuksköterskor för att efterlysa relevant information för att kunna utföra sitt arbete. Vi har i dagsläge NPÖ, men där finns inte tillgång till ordinationshandlingar för t.ex. läkemedelslista att tillgå. Verksamheten efterfrågar utveckling av detta område, en fråga för bättre digitala system bör uppmärksammas mellan landsting och kommun för ökad patientsäkerhet.

Patientjournalssystemet och dess struktur behöver fortlöpande ses över och utvecklas efter socialstyrelsens krav. Den 1 januari 2019 träder en ny föreskrift i kraft som påverkar kommunernas uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården innebär bland annat att kommunerna blir skyldiga att lämna ytterligare uppgifter utöver de som lämnas i dag. Möjligheten till denna redovisning behöver ses över.

4.6 Risk och avvikelshantering

All personal har skyldighet att rapportera risker och avvikelser och de skrivs i verksamhets-system för avvikelshantering. Enheten för hälso- och sjukvård har arbetat med att få avvikelser att bli en självklar del av förbättringsarbetet.

Hälso- och sjukvårdsteamet har månadsvis avvikelsemöten för att diskutera förbättringar. Chef för enheten hälso- och sjukvård har infört månadsvis skriftlig återkoppling gällande avvikelser till boendena. Resultatenhetschefen tar del av rapporterna och jobbar med åtgärder utifrån identifierade rapporter.

Rutinen för avvikelshantering har förbättrats och tillämpas. Viktigt resultat som verksamheten har påvisat är att få till bättre systematik för uppföljning av avvikelser och för uppföljning av rutiner och dess arbetsätt. Hälso- och sjukvårdsenheten har arbetat med att få avvikelser att bli en självklar del av förbättringsarbetet.

Avvikelsemodulen är något som behöver ses över och utvecklas för att rapporteringen av vårdavvikelse ska vara enkel och att all personal ska kunna rapportera direkt i systemet.

Nu är det enbart legitimerat personal som kan rapportera i verksamhetssystemet och resterande personal dokumenterar i pappersmall som sedan dokumenteras av en behörig.

Sammanlagt har 16 avvikelser rapporterats på vuxenenhetens område 2017. En enhet hade flest avvikelser, 13 av de 16 avvikelserna. Ingen redovisning om vad det beror på.

Antal vårdavvikelser:

- 8 läkemedelsavvikelser. När det gäller läkemedelsavvikelserna har det föranlett en reviderad medicinrutin för morgonpersonal. Bättre rutin för kommunikation var ett förbättringsområde.
- 1 omvårdnad. Ingen redovisning för vad.
- 7 fall. Fallen har hanterats utifrån de olika situationer som föranlett fallen. De konkreta åtgärder som vidtagits för att minska halkrisken är en matta som sattes i trappa med.

Verksamheten behöver bli bättre på att redovisa vilka områden och hur det systematiska förbättringsarbetet genomfört och dess resultat.

4.6.1 Klagomål och synpunkter.

Inga inkomna synpunkter har redovisat.

Arbetsättet för klagomålshandlingen behöver verksamheten se över för bättre systematik.

4.6.2 Lex Maria

Inga Lex Maria anmälning