



HALLSBERGS KOMMUN

Social- och arbetsmarknads-  
förvaltningen

# Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

## År 2014

Kia Wetterberg MAS

Dnr 2015/43 SAN 032  
SAN § 24/2015

# Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Risikanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Samverkan med patient och närstående	10
Resultat	
Avvikelser	10
Nationella kvalitetsregister	13
Medicinsktekniska produkter	15
Utvecklingsområden	15

## Bakgrund

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 har från och med 2011-01-01 ersatt Lagen om yrkesverksamhet för Hälso- och sjukvårdens område. Lagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall, som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

En patientsäkerhetsberättelse ska upprättas senast den 1 mars varje år där det ska framgå:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
3. Vilka resultat som uppnåtts.

## Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting fortsatte under 2014 att tillsammans med regeringen satsa på utveckling av vård och omsorg för sjuka äldre i kommuner och landsting. Genom ett systematiskt förbättringsarbete kan stora förbättringar åstadkommas. Satsningen syftar till att utveckla god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god läkemedelsbehandling för äldre samt en sammanhållen vård och omsorg. Prestationsersättningar har utgått till kommuner och landsting inom dessa områden. Hallsbergs kommun erhöll drygt 2 miljoner kronor i prestationsersättning för 2014.

För att öka patientsäkerheten har under 2014 det preventiva arbetet gällande riskför fall, tryckskada och undernäring fortsatt inom samtliga verksamheter genom arbete via Senior Alert. Munhalsobedömningar enligt ROAG har också gjorts för att undvika dålig munhälsa. Även arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar har fortsatt som tidigare.

Genom rapportering av avvikande händelser i verksamheten identifieras risker för vårdskador och uppkomna skador.

Samverkan med andra vårdgivare är en av de viktigaste delarna i patientsäkerhetsarbetet. Former för samverkan regleras i olika samverkansdokument mellan kommun och landsting inom Örebro län.

## Övergripande mål och strategier

I kommunfullmäktiges vision fastslås ledorden Glädje, Driv och Öppenhet. Socialförvaltningen har som uppgift att utifrån dess ledord styra all form av service och vård som beviljas. Alla ska kunna känna sig trygga i kommunen.

Uppdraget är att personer ska få vård och rehabilitering för att klara sin tillvaro utifrån individuella behov.

## Socialnämndens mål

Socialnämnden upprättar årligen övergripande mål, vilka utgår från kommunfullmäktiges inriktningsmål. Nämndmålen anger vilka effekter som nämnden ska uppnå. Målen ska ange ett önskvärt framtida tillstånd.

- Alla särskilda boenden erbjuder kvarboende i livets slutskede.
- Socialförvaltningens medarbetare skall ha inflytande över den vård och omsorg de får.
- Socialförvaltningens medarbetare skall alltid ge ett gott bemötande.
- Socialförvaltningens brukare skall uppleva att de får bra vård och omsorg.
- Socialförvaltningens medarbetare skall ha hög kompetens.
- Vårdskador ska förebyggas (90 % av patienterna ska Riskbedömas i Senior Alert vad gäller nutrition, fall, trycksår och munhälsa).

## Mål för prestationsersättningar 2014

### Senior Alert

- 50 miljoner kronor till de kommuner där minst 90 % täckningsgrad har uppnåtts. Inom SÄBO gäller både **genomförda riskbedömningar och planerade åtgärder med registrering i Senior Alert.**
- 50 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som **genomfört riskbedömningar, planerade åtgärder och gjort uppföljningar.** Hela processen ska vara registrerad i Senior Alert.
- 20 miljoner kronor fördelas till de kommuner och landsting som genomfört munhälsobedömning enligt ROAG.

### Palliativa registret

Av dem som registrerar minst 70 % av dödsfallen fördelas 50 miljoner kronor till de kommuner och landsting som har förbättrat sin vård och omsorg i livets slutskede med i genomsnitt 5 % för följande fyra indikatorer:

- brytpunktssamtal
- smärtskattningar
- munvårdsbedömningar
- ordination av läkemedel mot ångest i injektionsform

Ytterligare 20 miljoner kronor till dem som förbättrat de fyra indikationerna med 10 % eller mer eller har en genomsnittlig måluppfyllelse för de fyra indikatorerna på 60 % eller mer.

## **BPSD-registret** (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens)

50 miljoner kronor fördelas till de kommuner vars utförare inför ett standardiserat arbetssätt vid BPSD-symtom och registrerar i BPSD-registret. Ersättning utgår efter antal utförda registreringar.

# **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

## **Socialnämnden**

Vårdgivaren tillika Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. (SOSFS 2011:9) Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse som ska vara klar 1 mars årligen. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. (SOSFS 2011:9).

## **Förvaltningschef**

Socialchef, tillika förvaltningschef för Vård- och Omsorg, har det övergripande ansvaret för ledning och styrning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. I ansvaret ingår att upprätta effektmål för verksamheten.

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

Medicinskt ansvarig sköterska har ett övergripande ansvar för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa så att kraven på kvalitet, hög patientsäkerhet och god vård tillgodoses. I ansvaret ligger också att skriva en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska bl.a. utgå utifrån enhetschefernas dokumentation om hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

## **Områdeschef**

Områdeschef har ett övergripande ansvar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt område. I detta ansvar ingår implementering och kontroll av följsamheten av de riktlinjer och rutiner MAS fastställer för verksamheten.

## **Enhetschef**

Enhetschef har ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet inom sin enhet. Respektive enhetschef ansvarar för att fortlöpande dokumentera hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

Enhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som finns.

## **Övrig personal**

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer och rutiner som finns och medverka i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

- Patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas förebyggande, systematiskt och fortlöpande för att utveckla och höja patientsäkerheten och vårdens kvalitet.
- Verksamhetens resultat analyseras och diskuteras utifrån mål på nämndsammanträden och vid ledningsgruppens sammanträden.
- Olika kvalitetsredovisningar t.ex. egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser och äldreguiden används i planering av mål och budget för verksamheten.
- Verksamhetsberättelser görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet.
- Föregående års patientsäkerhetsberättelse följs upp.
- Avvikelse rapporteringen följs upp.
- Egenkontroller.

## **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka Åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet**

### **Ledningssystem för kvalitet**

Under 2012 påbörjades uppbyggnaden av ett ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet kommer senare att finnas på kommunens hemsida. Arbete med ledningssystemet har fortsatt under verksamhetsåret.

## **Avvikelser**

Arbetet med att öka ansvaret för analys och uppföljning av avvikelser på enhetsnivå har stärkts. MAS har under verksamhetsåret påbörjat arbete med att besöka olika enheters APT för att gå igenom avvikelserna på just deras enhet/arbetsplats. Detta för att personalen själva ska hitta lösningar för att minska avvikelserna. MAS har även träffat ett flertal enhetschefer för genomgång av avvikelser samt utbildning i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Procapita.

## **Hygien**

- Basala hygienrutiner finns och ska följas av all personal inom vård- och omsorg.
- All personal inom vård- och omsorg ska använda arbetskläder.
- Några enheter med känd smitta har fått besök av landstingets hygiensköterska för utbildning i smitta och smittspridning samt hur detta förhindras.
- MAS har vid besök på APT tagit upp hygienfrågan.
- MAS och tre sjuksköterskor har gått på en endagarskonferens i SKLs regi, där vårdskador diskuterats och hur dessa ska förebyggas. Infektioner i vården är ett stort problem och orsakar stort lidande för den enskilde samt stora kostnader för vårdgivaren.

## **Nutrition**

Tidigare framtagen nutritionspolicy för särskilda boenden finns och följs bland annat upp genom kvalitetsarbetet i Senior Alert.

## **E-hälsa**

Under våren 2012 började e-legitimationer (SITHS-kort) användas för säker inloggning i det nya ordinationsverktyget för läkemedel – Pascal, samt i Nationell Patient Översikt (NPÖ). Under 2013 och 2014 har SITHS-kortet även börjat gälla för Meddix och palliativa registret.

## **Kvalitetsregister**

Det systematiska kvalitetsarbetet med kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativa registret har fortsatt under 2014. I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

2012 gick samtliga demensboenden och dagverksamheten Ängarnas café med i BPSD-registret. (Processregister för identifiering och behandling av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).

## **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Ny riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder har tidigare introducerats i verksamheten. Riskanalyser görs i varje enskilt ärende.

## **Läkemedel**

Internkontroll på narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel görs en gång per kvartal.

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet tillsammans med läkare. Under året finns det ca 50 läkemedelsgenomgångar dokumenterade i landstingets journalsystem.

I samband med riskbedömning i kvalitetsregistret Senior Alert, görs en utvärdering av patientens läkemedel.

Det har varit narkotikasvinn på några enheter i kommunen under året. Vid ett par tillfällen har polis kontaktats. Det har under året påbörjats en diskussion med Phoniro för att med telefonerna öppna läkemedelsrum. Loggning ska sedan utföras av MAS.

## **Dokumentation**

Arbete med sjuksköterskornas dokumentation har påbörjats.

Manual för inskrivning i hemsjukvård och SÄBO har gjorts.

## **Kompetens**

Undersköterskekompetens ska vara grundutbildningen för anställning i vård- och omsorg.

Genom Omvårdnadslyftet har tio vårdbiträden genom Vård- och Omsorgscollege validerats till undersköterskor.

All personal på enheterna ska ha lyftkörkort.

Legitimerad personal genomför vid behov utbildningsinsatser för att höja personalens kompetens.

Introduktion av semestervikarier sker inför varje sommarsemester.

## **Utbildning**

Demens ABC är en webbaserad utbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är Svenskt Demens Centrum som utarbetat denna avgiftsfria utbildning. Utbildningen påbörjades våren 2014 och Hallsberg låg då på plats 290 av landets kommuner. Vid årets utgång hade 102 personer inom demensvården gjort den och Hallsberg hamnade då på plats 147.



Samtliga sjuksköterskor och omvårdnadspersonal inom särskilt boende har genomgått utbildning i olämpliga läkemedel för äldre genom Apoteket ABs försorg. Under våren 2015 kommer även att all personal inom hemtjänsten gå samma utbildning.

## Uppföljning genom egenkontroll

**Kvalitetsredovisningar** genom egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser och äldreguiden.

MAS går igenom samtliga avvikelser kontinuerligt och dessa tas upp på APT en gång/år tillsammans med enhetschef.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

En väl fungerande samverkansstruktur mellan vårdgivare finns etablerad genom Regionförbundet i Örebro län. Samverkan sker både på politisk och tjänstemannanivå. Ett flertal nätverk är etablerade där man arbetar med samverkansöverenskommelser och utvecklingsfrågor. Gemensamma riktlinjer och överenskommelser mellan vårdgivare finns på Samverkansportalen- OVK <http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-vard/For-vardgivare/OVK/Avtal-overenskommelser1/>

Lokalt finns även en fungerande samverkan mellan Hallsbergs kommun och vårdcentralerna.

I länet används informationsöverföringssystemet Meddix för vårdplaneringsprocessen.

## Risikanalys

Risikanalys, handlingsplan konsekvensbeskrivning utifrån patientsäkerheten görs vid planer på större förändringar i verksamheten.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

### Avvikelser, Lex Maria

Personalen har skyldighet att anmäla avvikelser inom HSL med syfte att identifiera risker och kunna förebygga att den avvikande händelsen inte sker igen. På detta sätt kan man öka patientsäkerheten och höja kvaliteten i vården. När personalen upptäcker en avvikande

händelse kontaktas en sjuksköterska, arbetsterapeut eller enhetschef för direkta åtgärder och en avvikelserapport skrivs.

Teamet ansvarar för analys av avvikande händelser och bedömer vilka åtgärder som ska vidtas för att undvika att händelsen sker igen. Erfarenhetsåterföringen till hela personalgruppen sker på arbetsplatsträffar. Avvikelserna sammanställs digitalt i ett avvikelssystem. MAS/MAR gör årligen en sammanställning av avvikelserna i patientsäkerhetsberättelsen.

Allvarliga HSL-avvikelse utreds av MAS som även bedömer om händelsen ska Lex Maria anmälas till socialstyrelsen.

## **Samverkan med patienter och närstående**

Individuella genomförandeplaner upprättas för varje enskild person. Planen ska innehålla vad, hur och när den enskilde ska få sina behov av hjälp och stöd tillgodosedda. I samband med att man tillsammans utformar den enskildes plan för den fortsatta vården och omsorgen deltar, om den enskilde så önskar, närstående. I samband med planering informeras patient och ev. närstående om kvalitetsregistret Senior Alert och eventuella identifierade risker.

## **Resultat**

### **Avvikelse 2014**

Avvikelse rapporteringen är en viktig del i säkerhetsarbetet. All personal som arbetar under lagrummen HSL, SoL och LSS har skyldighet att rapportera avvikelser. Syftet med rapporteringen är att kunna identifiera risker och brister, analysera dessa och vidta åtgärder för att förhindra upprepning.

Förvaltningens databaserade rapporteringssystem medger en bra uppföljning tack vare möjligheten till en detaljerad statistik över avvikelsernas förekomst, orsak och ev. konsekvens. MAS ansvarar tillsammans med områdes- och enhetschefer för analys och uppföljning.

Under 2014 har 1393 avvikelser rapporterats vilket är något färre än för 2013.

Nedan redovisas inkomna avvikelser, vilket lagrum de sorterar under samt det antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelsetyp under år 2014.

Avvikelseyp	Antal	Lagrum
Fall	777	HSL
Läkemedelshantering	517	HSL
MTP	5	HSL
Specifik omvårdnad	12	HSL
Trycksår	1	HSL
Dokumentation	0	SoL/HSL
Vårdkedja	12	SoL/HSL
Allmän omvårdnad	62	SoL
Larm	7	SoL
Hot och våld	12	SoL
Bemötande/Respekt		SoL
Övergrepp		SoL

### Fall

Totalt inrapporterades 777 fall under året, vilket är 41 stycken färre än under 2013, vilket kan bero på ett aktivt arbete med förebyggande arbete via Senior Alert. 500 av dessa orsakade ingen skada. Vid 15 tillfällen kontaktades läkare. Fallen resulterade i 17 frakturer, fr.a. i ben och axel/hand/armar. 161 skador ledde till blåmärken eller småsår.

266 fall skedde nattetid i samband med gående förflyttning

377 fall skedde i sovrummet, där de flesta sker.

713 fall skedde utan någon annan människa inblandad.

### Läkemedelshantering

Det har skett en liten ökning av antalet läkemedelsavvikelser under året. I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna vilken ofta är bristande kontroll och försumlighet.

Det är viktigt att se över organisationen då avvikelser har denna orsak. Vid besök på APT har personalen själva kommit med förslag för att minska avvikelserna.

Avvikelser som berör läkemedelshantering gäller fram för allt att patienten inte fått sina läkemedel. Det kan också innebära att läkemedel förväxlats eller att läkemedlen getts på fel tid.

Avvikelserna kan även beröra felaktigt delad dosett/APO-dos, utebliven dosettindelning eller oklara ordinationer.

Det finns totalt 57 insulinbehandlade diabetiker inom kommunal hemsjukvård. 16 avvikelser gällde insulin.

Totalt är det 64 Waranbehandlade patienter inom kommunal hemsjukvård. 20 avvikelser gällde Waran.

Av de 517 inrapporterade läkemedelsavvikelserna var det tre som ledde till läkarkontakt. 44 stycken ledde till mindre obehag eller komplikation för patienten.

### **Specifik omvårdnad**

Avvikelser som rör specifik omvårdnad beror främst på ej utförda eller felaktigt utförda ordinationer. De kan också bero på att rehabilitering ej utförts enligt ordination av sjukgymnast eller arbetsterapeut.

### **Trycksår**

Ett trycksår har uppkommit inom den kommunala vården. Fler trycksår har förekommit, men dessa har då uppkommit hos andra vårdgivare.

Under året har trycksårsförebyggande madrasser köpts in till samtliga särskilda boenden.

### **Vårdkedjan**

Under 2012 har tolv avvikelser rapporterats angående brister i vårdkedjan mellan de olika huvudmännen. Avvikelserna har främst rört avsaknad av sjukgymnastinsats men också brister i informationsöverföring då patienten kommit till kommunen från slutenvården.

Mellan olika vårdgivare är det viktigt att man har ett säkert rapporteringssystem. Idag används Meddix som är ett webbaserat informationsprogram där händelser av vikt rapporteras mellan vårdgivare.

Ett länsgemensamt projekt VISAM, ”Vårdplanering i samverkan” pågår där man ser över olika vårdkedjor för att skapa och förbättra gemensamma riktlinjer.

### **Lex Maria**

Två anmälningar enligt Lex Maria har gjorts under året.

### **Teamträffar**

Enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal träffas regelbundet på s.k. teamträff. Detta är ett forum för teamet att gå igenom avvikelser och hitta lösningar till förbättringar. Samtliga yrkeskategoriers kunskap och erfarenheter kan då samlas för att utveckla verksamheten.

## **Nationella kvalitetsregister 2014**

Ett stort arbete har gjorts när det gäller satsningen på kvalitetsregister. Kommunen erhöll totalt 2,1 miljoner i prestationsersättning under 2014.

### **Senior Alert**

Under året har fokus legat på bedömning av kommunens samtliga patienter och arbete har intensifierats vad gäller åtgärder och uppföljning.

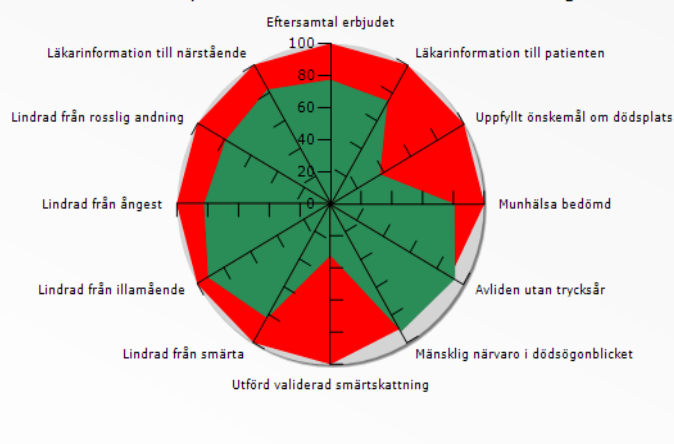
I Hallsberg finns flera servicelägenheter som till registret rapporterats som särskilda boendeplatser. Nästan hälften av dem som bor i dessa lägenheter har inte kommunal hälso- och sjukvård varför riskbedömning ofta inte görs, om patienten inte uttrycker detta speciellt. Därför finns ingen möjlighet att nå upp till nivån 90 % riskbedömda i Särskilt boende vilket skulle ha genererat extra prestationsersättning.

### **Svenska Palliativregistret**

I Palliativregistret sker registrering av olika kvalitetsparametrar vid vård i livets slutskede. Palliativa registret är ett samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommunen.

Registrering i palliativa registret sker utifrån journalgranskning av hur ordinationer och åtgärder utförts under det palliativa skedet i vården. De som träffade patienten i livets slut utvärderar det gemensamma arbetet runt patienten vid en teamträff. Uppföljning av dessa kvalitetsparametrar görs regelbundet. Sedan tidigare har Smärtskattningsskalan Abbey Pain Scale implementerats i verksamheten och andra symtom såsom ångest och oro ska också bedömas.

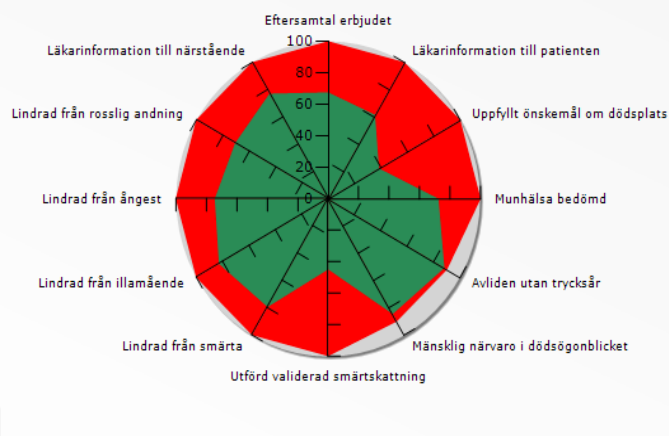
### Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2014:1 - 2014:4 i Hallsberg



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2015-02-18

### Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2014:1 - 2014:4 i Örebro län



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2015-02-18

## **BPSD-registret**

Via registrering i registret får man hjälp att identifiera BPSD-symtom och förslag på åtgärder för att minska problemen.

Under året har ett flertal sjuksköterskor, enhetschefer och omvårdnadspersonal genomgått BPSD-utbildning i Regionförbundets regi.

## **Medicintekniska produkter**

Medicintekniska produkter, MTP, används inom socialförvaltningen. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikationer och av kunnig personal. Produkter skall utprovas individuellt av arbetsterapeut. Övrig personal utbildas och instrueras i hur produkterna används av arbetsterapeut.

Periodiska besiktningar och underhåll av personlyftar utförs av ackrediterad tekniker regelbundet. Lyftselar kontrolleras av arbetsterapeut enligt gällande rutin. Regelbundna utbildningar sker avseende förflyttningsteknik.

## **Utvecklingsområden**

- Färdigställande och implementering av Kvalitetsledningssystemet.
- Utarbeta en manual för självgranskning av dokumentationen.
- Fortsatt uppföljning hur avvikelser och risker analyseras, åtgärdas och följs upp på enhetsnivå av MAS och enhetschef.
- Revidering av kunskapstest inom rehabiliteringsområdet.
- Utveckla dokumentationen för både SoL och HSL inom äldreomsorg och LSS genom fortsatta utbildningsinsatser.
- Stärka hygienarbetet och följsamheten till hygienriktlinjer genom ett tätt samarbete mellan MAS, hygiensjuksköterska och enhetschefer. Hygienronder ska utföras tillsammans med hygiensjuksköterska.
- Utveckla egenkontrollen genom att göra punktprevalensmätningat (PPM) för trycksår vecka 40.
- Omvårdnadspersonal ska få utbildning i SBAR.
- Säkra kontrollen av narkotikapreparat genom att införa digital öppning av läkemedelsförråd.
- Utbildning i *Olämpliga läkemedel för äldre* ska genomföras under våren för hemtjänstpersonalen.

- Planering av utbildningsinsats för omvårdnadspersonal rörande diabetes och läkemedelsbehandling med tonvikt på insulin och Waran.
- Förberedelse för mobilt arbetssätt rörande dokumentation.
- Påbörja arbete med digital signering av läkemedel.
- Alla yrkeskategorier ska kunna skriva in avvikelser i Procapitas avvikelsemodul.
- Intensifierad narkotikakontroll.