

# Patientsäkerhetsberättelse för Norsjö kommun År 2023



Datum: 2024-03-01

Ansvarig för innehållet: Carin Östlund, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: KS-24/00289



## Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	14
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Säker vård här och nu.....	17
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling .....	18
Avvikelse .....	18
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	21

## SAMMANFATTNING

För 2023 var det uppsatt två mål men inget av målen har uppnåtts.

Mål 1: Antal fall bland personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser minskar.

Resultat Mål 1: Totalt inom hela äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen inklusive hemsjukvård har 177 fallrapporter inkommit 2023, nyckeltal 2,33 (antal fall per boendeplats, beräknat på 76 boendeplatser). Det är en ökning med 26 fall jämfört med 2022 då det var 150 fallrapporter skrivna, nyckeltal 1,49. Det är insatt någon eller några åtgärder efter fallen. Det flesta åtgärderna är utförda händelsenära men även kommunikation och information är en stor del av åtgärderna.

Mål 2: Dokumentationen i verksamhetssystemet LifeCare ska bli mer överskådlig och samstämmig.

Resultat Mål 2: Det är påbörjat ett arbete att bilda ett nätverk i länet för erfarenhetsutbyte med de kommuner som har verksamhetssystemet Lifecare HSL. Det är ett led i förbättringen i vår dokumentation i Lifecare att kunna dela erfarenheter och förbättra samstämmighet i dokumentationen. Ingen extern utbildning har genomförts inom medicinska enheten under 2023 gällande dokumentation i Lifecare. Det har kommit i gång en arbetsgrupp lokalt gällande Lifecare med deltagare/superanvändare från SoL och HSL som har börjat jobba med dokumentation i Lifecare.

Under 2023 har det startats upp utbildningsinsatser för att förbättra kvalitet inom vård och omsorg i kommunen. Det arbetet behöver fortsättas jobbas med samt att hos personal som behöver mer stöd i att förbättra det svenska språk behöver intensifieras. Det är flera områden inom omsorgen som det jobbas med förbättringar både på enheter och övergripande.

Inom hälso- och sjukvården i kommunen har två målområden lyfts fram för 2024, efter genomgång av kvalitetsmätningen som görs vecka 46 årligen.

MÅL 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Utmaningar för att nå målen är att:

- Att få med och engagera vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och enhetschefer i arbetet att jobba förebyggande genom Senior alerts strukturerade vårdpreventiva process.
- Att tid ska gå avsättas för fördjupade läkemedelsgenomgångar både från läkare och sjuksköterskor.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



## Övergripande mål och strategier 2023

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

**Mål 1:** Antal fall bland personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser minskar.

*Aktivitet/ strategi:*

Det fallförebyggande arbetet ska fortsätta och bli en del i det dagliga arbetet för att minska fallskador.

*Datakälla:*

Inkomna fallrapporter om fall från äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO.  
Statistik sammanställs årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

### **Resultat Mål 1:**

Totalt inom hela ÄFO har 177 fallrapporter inkommit 2023, nyckeltal 2,33 (antal fall per boendeplats, beräknat på 76 boendeplatser). Det är en ökning med 26 fall jämfört med 2022 då det var 150 fallrapporter skrivna, nyckeltal 1,49. Det är insatt någon eller några åtgärder efter fallen. Det flesta åtgärderna är utförda händelsenära men även kommunikation och information är en stor del av åtgärderna.

**Mål 2:** Dokumentationen i verksamhetssystemet LifeCare ska bli mer överskådlig och samstämmig.

*Aktivitet/ strategi:*

Tid behöver avsättas för införande av att skriva hälsoplan, frastexter samt upprättande av dokumentationsmallar som ska underlätta dokumentationen i LifeCare samt fortsatt lämna in förbättringsförslag till LifeCare utvecklare.

Extern utbildning kan bli aktuell.

Utbildning som Socialstyrelsen har utarbetat för Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF ska personalen inom medicinska enheten genomföra.

*Datakälla:*

Följa upp att hälsoplan är implementerat.

Följa upp att frastexter införts i LifeCare vid årets slut.

Följa upp att det finns dokumentationsmallar upprättade. Följa upp antalet mallar vid årets slut.

Följa upp hur många som gått Socialstyrelsens utbildning kontinuerligt under året och sammanställa vid årets slut.

## **Resultat Mål 2.**

Det är påbörjat ett samarbete med Skellefteå och Robertsfors gällande erfarenhetsutbyte i verksamhetssystemet Lifecare HSL. Det är ett led i förbättringen i vår dokumentation i Lifecare att kunna dela erfarenheter och förbättra samstämmighet i dokumentationen. Det är tänkt att det ska leda till att det utvecklas till att bli ett nätverk för de kommuner som infört Lifecare i länet. Ingen extern utbildning har genomförts inom medicinska enheten under 2023 gällande dokumentation i Lifecare.

Hälsoplaner är inte implementerade i hälso- och sjukvårdsgruppen i kommunen. Inom medicinska enheten har det inte kunnat avsätta tid för superanvändarna att jobba med till exempel frastexter och mallar. En mall finns upprättad. Det har kommit i gång en arbetsgrupp lokalt gällande Lifecare med deltagare/superanvändare från SoL och HSL som har börjat jobba lite med att hitta sätt att få personal att använda Lifecare.

Utbildning som Socialstyrelsen har utarbetat för Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF har hälften av personalen i medicinska enheten genomgått.

## **Organisation och ansvar**

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

### Vårdgivare/Kommunstyrelsen

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvaliteten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvård för vårdgivare, utbildning- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

### Verksamhetschef för omsorg

Verksamhetschef för Omsorg där även hälso- och sjukvården ingår representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet samt patientsäkert i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS utgör tillsammans med verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Mas ansvarar för att:

1. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
3. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,

4. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt patientsäkerhetslagen och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda samt anmäla Lex Maria ärenden och anmäla om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

#### Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbete, förbättringsarbete och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

#### Kvalitetsledningsgrupp

Verksamhetschef omsorg, enhetschef funktionsnedsättningsomsorgen (FO), enhetschef för individ- och familjeomsorg (IFO), omsorgs strateg samt MAS har ingått i denna grupp som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter på övergripande nivå. Kvalitetsledningsgruppen träffas ungefär 1 gång/månad. Under 2023 har kvalitetsledningsgruppen bara varit aktiv i början av 2023. Det planeras för att kvalitetsgruppen ska starta upp igen under 2024 men det är inte klart vilka som ska ingå och hur gruppen ska arbeta i nuläget.

Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Region Västerbotten: Hälsocentral, Smittskydd och Vårdhygien. Patientnämnden kan också vara en del i det externa kvalitetsarbetet. Till patientnämnden kan individer kostnadsfritt vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Inspektionen för vård och omsorg, IVO har gjort nationell tillsyn av äldreomsorgen under 2023 och de har även besökt Norsjö. Deras tillsyn visar på förbättringsområden som det behövs arbetas med.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Samverkansträffar sker månatligen med Norsjö hälsocentralsledning, verksamhetschef och avdelningschef samt kommunens hälso- och sjukvårdsledning: verksamhetschef omsorg, enhetschef medicinska enheten och MAS. Träffarna gör det möjligt att ta upp övergripande frågor som berör verksamheterna och att lösa problem tillsammans. En arbetsgrupp (avdelningschef eller berörd från hälsocentralen, enhetschef medicinska enheten och MAS) jobbar sedan vidare med att revidera och upprätta gemensamma rutiner. Lokal rutin gällande teamsamverkan och läkarmedverkan i Norsjö togs fram under 2023.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten som ger stöd vid bland annat vårdhygieniska frågor, i samband med om- eller tillbyggnation inom vård och omsorg samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. De håller i utbildningar och genomför hygienronder samt stödjer kommunen med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta till exempel om en brukare



är bärare av multiresistenta bakterier och vid infektioner. Vårdhygien har varit och är ett ovärderligt stöd under covid-19 pandemin. De fortsätter även att vara till stöd och förmedlar rekommendationer till kommunerna för att underlätta vårt patientsäkerhetsarbete samt utarbetar rutiner för kommunerna inom deras kunskapsområde.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten som utför kontroller och lagar medicintekniska hjälpmedel. De stöder och ger råd när medicintekniska hjälpmedel ska köpas in.

Avtal finns även med Hjälpmedelscentralen, Region Västerbotten gällande personligt utskrivna hjälpmedel och en del medicintekniskutrustning som vi hyr.

Samverkan sker även i Strategiska samverkansgrupp i Skellefteå och Norsjö området. Samverkansgruppen har representanter från ledning i Skellefteå sjukvårdsområde, Skellefteå kommun samt Norsjö kommun och det representerar området äldre, vuxna samt barn och unga.

I länet samverkar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga rehabilitering, MAR i nätverk för länet för att tillsammans lyfta patientsäkerhetsfrågor och hjälpas åt med omvärldsbevakning. Inlandets 8 kommuner, där Norsjö ingår, har regelbundna nätverksträffar där samverkan sker gällande gemensamma frågor inom patientsäkerhet i mindre kommuner.

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Samverkan sker därför även inom kommunen med verksamhetschef omsorg, ansvariga chefer inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, omsorgens strateg, kvalitetssäkerhetssamordnare och MAS i VÄFO. Vi träffas varannan torsdag 2 timmar. Där behandlas till exempel ny information, organisationsfrågor, kvalitetsfrågor och övrigt som berör kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete i kommunen. Egenkontroller utförs i verksamheterna för att följa verksamheternas resultat.

Det har även arbetats med att förbättra kvalitén inom vård av äldre på särskilt boende i styrgruppen Kvalitet i Omsorgen, KOM. I styrgrupp KOM deltar verksamhetschef, MAS, enhetschef inom särskilt boende äldre och enhetschef medicinska enheten. Det är påbörjade ett förbättringsarbete utifrån de brister som framkommit från legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal och närstående till brukare/patienter samt Inspektionen för vård- och omsorg, IVO:s tillsyn inom särskilt boende äldre. Det är kartlagt vilka områden som behöver förbättras och en enkät lämnades ut för att vård- och omsorgspersonalen själva skulle skatta vilka behov av kompetenshöjningar som behövs.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

För att använda de olika systemen i verksamheten där patientuppgifter finns som till exempel Lifecare (verksamhetssystem), Pascal (nationellt ordinationsverktyg för läkemedel), NPÖ (nationell patientöversikt) och kvalitetsregister används tvåfaktor inloggning för att säkerställa att endast behöriga användare kommer åt verksamhetssystemet. Det arbetas med att säkerställa att endast behöriga användare kan ta sig in i systemet och att använda det. När anställning upphör tas deras behörigheter bort. Inom Medicinska enheten används SITHS-kort för inloggning i de olika systemen som behövs i arbetet.

Rutin finns för regelbundna och slumpmässiga loggkontroller. Loggkontroll 2023 i verksamhetssystemet var utan anmärkning inom Medicinska enheten.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Både patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Det är viktigt att kommunikation mellan kollegor och ledning är öppen för att brister ska komma fram och kunna åtgärdas.



För att systematisk fånga upp risker och brister som berör patienterna skrivs avvikelser av den person som upptäcker händelsen. Om det är risker och incidenter som berör personalens arbetsmiljö skrivs KIA anmälan. Avvikelse rapporter utreds och åtgärder sätts in samt att åtgärder följs upp. När avvikelserna är utredda ska de återkopplas till berörda.

Arbetet med utredningar inom vårdskador ligger efter men åtgärder sätts in i samband med händelsen som rapporteras. Det brister i återrapportering till berörda på så sätt att det tar alldeles för lång tid och ibland uteblir det. För att få till en god säkerhetskultur behöver vi förbättra arbetssätt för vårdskador så att de blir utredda snabbare och få till åtgärder som minskar att liknande vårdskador inträffar samt återkoppla vad som gjorts till berörda för att tydliggöra att vi jobbar med att förbättra patientsäkerhet.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Vården har förändrats över tid. Den vård som nu utförs inom särskilt boende för äldre och hemsjukvård innebär att det behövs mer kunskap om sjukdomar och sjukvård samt att vården är personcentrerad och samordnad då det kan vara olika vårdgivare som är involverad i patientens vård. Den tekniska utvecklingen går framåt och mer avancerad vård utförs i hemmen vilket innebär att all personal som vårdar den patienten måste ha den kunskap som krävs för att det ska vara tryggt och säkert att utföra vård- och omsorg.



Inom Medicinska enheten arbetar legitimerade sjuksköterskor, legitimerade arbetsterapeuter, legitimerad sjukgymnast samt på projekt legitimerad dietist. Det gör att vi har bred kompetens inom hälso- och sjukvården bland legitimerad personal där de kan arbeta i team när det behövs runt en patient. Det är spridd ålder i gruppen, olika sjukvårdserfarenheter och de har arbetat olika länge i kommunal hälso- och sjukvård vilket gör att kompetensen är bred och av god kvalitet. Det är ett öppet klimat så de kan lyfta problem med varandra och ge stöttning och råd. När det erbjuds utbildningar som berör vårt område försöker enhetschef utifrån resurser låta personalen gå för att de ska få kompetensutveckling.

Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter är också hälso- och sjukvårdspersonal under tiden de utför uppgiften. Kompetensen inom hälso- och sjukvård hos vård- och omsorgspersonalen har behövts förbättrats då det är svårare att få utbildad och erfaren personal att söka till våra verksamheter. Det finns en del som arbetar inom omsorgen som behöver stöd i svenska språket. För att förbättra språkförmågan arbetas det med att ta fram redskap tillsammans med vård- och omsorgscollage och SFI. Det finns möjlighet för anställda att få inloggning i Lingio som är en språkapp

men det är inte använt så mycket ännu så det har varit svårt att utvärdera appen. Det finns några enstaka Språkkombud inom vård- och omsorg. Det planeras att projektanställa ett språkstöd 2024 som stöd till omsorgens verksamheter.

För att ge ny personal en möjlighet att komma in i hur arbetet ska utföras samt ge ordinarie vård- och omsorgspersonal möjlighet till att förbättra eller repetera kunskaper har en sjuksköterska jobbat med utbildning i basalomvårdnad och basala hygienrutiner där personalen har fått göra praktiska övningar på en fullstor docka. Personer som har svårigheter med vårdsvenska har fått en lite ordbok med ord som de använt i den praktiska träningen som personen ska träna på av sjuksköterskan. Sjukgymnasten har utbildat samma kategorier i förflyttningskunskap samt hjälpmedelshantering. Dietist har utbildat i nutrition och förebygga undernäring.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Patienter och närstående (efter samtycke från patient) är delaktiga i vårdplanering och vid SIP (=samordnad individuell plan). Vid dessa träffar kan patient och ev. närstående framföra sina önskemål och ta del av information som leder till att personcentrerad vård planeras tillsammans med patienten. Patienten informeras vid förändringar i måendet om vilken vård som kan behövas och finns det olika valmöjligheter ska information ges så patienten förstår och kan göra ett eget val eller närstående om patienten gett den fullmakt.

När det behövs försöker vi ordna att läkare kan göra hembesök (beror på resurser på hälsocentralen) för att träffa patienten och eventuella närstående för att öka patientens delaktighet i planering för vården. Det är lättare att få till hembesök av läkare med kortvarsel om det ska ske i Norsjö centrala samhälle än om det är en bit utanför då behövs framförhållning för att kunna få till att läkare ska kunna följa med på hembesök. Akuta besök på hälsocentralen går alltid ordna.

Patienten och närstående är också delaktiga vid läkarens samtal om vårdnivå samt vid tidigt brytpunktsamtal och brytpunktsamtal vid vård i livets slut.

Under 2023 vecka 46 var det 33 patienter (59%) inom särskilt boende för äldre som hade ett dokumenterat brytpunktsamtal och en individuell vårdplanering. Inom hemsjukvården var det 21 personer (51%) som hade fått en individuell vårdplanering/SIP (samordnad individuell plan). Alla inskrivna inom kommunens hälso- och sjukvård ska erbjudas en vårdplanering minst 1 gång per år.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

## Egenkontroller som utförs, se nedan A - I:

- A. Kvalitetsmätning inom särskilt boende samt hemsjukvård genomförs vecka 46 varje år.
  - Årlig Kvalitetsmätning vecka 46 för särskilt boende redovisas i Bilaga 1
  - Årlig Kvalitetsmätning vecka 46 för hemsjukvård redovisas i Bilaga 2
  - Årlig jämförelse mellan 8 inlandskommuner av vissa indikatorer som ingår i kvalitetsmätning inom äldre omsorg samt hemsjukvård, Bilaga 3.
- B. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförs 2 gånger per år.
- C. Vårdhygiens hygienrond genomförs vart 4:e år. Ingen kontroll 2023.
- D. Vårdhygienisk egenkontroll genomförs på enheterna 1 gång per år.
- E. Nattfastemätning genomförs 2 gånger per år. Höstens mätning redovisas i kvalitetsmätningen, Bilaga 1.
- F. Avvikelser redovisas 1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen. Avvikelser följs löpande under året i samband med utredningar, åtgärder och uppföljningar. Se sidan 14-16 samt 18 – 20.
- G. Undernäring följs 4 gånger per år eller oftare genom viktmätning. Registrering av dryck och mat intag görs vid behov. BMI (Body Mass Index) redovisas i kvalitetsmätningen, Bilaga 1.
- H. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandtering är genomförd inom två av särskilt boende äldre och hemsjukvård.
- I. Palliativ registret, ett nationellt register där syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Vi registrerar den vård patienter fått i vård i livets slut inom kommunens hälso- och sjukvård. Det går då följa vårt arbete via registret samt jämföra nationellt.

## 1. Identifiering av egenkontrollerna

### B. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler:

Självskattning genomförs av personal i vårdnära yrken. Vid höstens skattning inkom 37 kompletta svar. Det finns fortfarande brister i att använda handsprit före vårdtagarnära arbete och även handsprit efter vårdtagarnära arbete samt brister i användning av plastförkläde när det finns risk för spill, sekret mm vid vårdtagarnära arbete. Det finns även brister i följsamhet i klädregler samt hur naglar och hår ska skötas på arbetet hos någon enskild vård- och omsorgspersonal.

### D. Vårdhygienisk egenkontroll har genomförts på de flesta enheterna 2023.

Det framkom bland annat att vissa rutiner behövs göras kända och en del behövs skrivas samt implementeras.

### H. Generellt gällande läkemedelsrummen saknas det loggkontroll på nyckelhantering till läkemedelsrummen. Lista för signering när städning är utförd saknas.

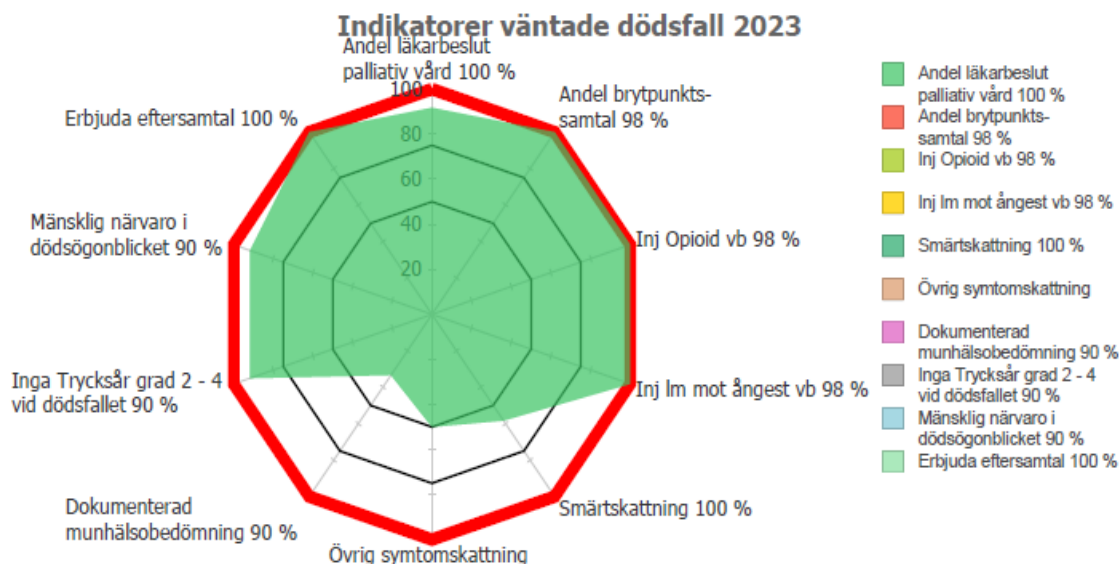
Solbacka läkemedelsrum är strukturerat och välplanerat. Tydligt markerat patienternas läkemedelslådor. Bra ordning.

Vinkelbo läkemedelsrum är trångt, är för få hyllor vilket gör att GBA läkemedel förvaras på olika ställen. Akutlåda finns som är enkel och smidig att ta med sig.

### I. Palliativ registrets resultat 2023 visas i diagram 1:

Det gröna i spindeldiagrammet visar de resultat vi i kommunen uppnått.

Diagram 1: Spindeldiagram palliativa registret 2023. Till höger är en tabell på vilket mål i procent som ska uppnås, står också vid förklaringen runt spindeldiagrammet.



Resultat hämtat från [www.palliativregistret.se](http://www.palliativregistret.se) 2024-01-15.

## 2. Analys av egenkontrollerna

- B.** Det råder fortfarande osäkerhet när olika skyddsutrustning ska användas vid vårdtagarnära arbete, även om det visar en viss förbättring i följsamhet i självskattningen. Utbildning behövs i det praktiska arbetet, inte bara skriftlig och webbutbildning. Utbildning behövs till ny personal och återkommande till ordinariepersonal. Detta behövs för att vi inte ska sprida smittsamma sjukdomar. Det är inte alltid känt att en person bär på en smittsam sjukdom därför behöver vi arbeta efter hygienrutinerna som finns. Målet är att hygienrutiner och klädregler följs till 100%.
- D.** Det har varit byte av enhetschefer som inte hunnit få inskolning i alla delar av deras ansvarsområde. Vårdhygienisk egenkontroll på enheten är införd senaste åren och har genomförts på de flesta enheterna under 2023. Tidigare har det bara genomförts på enstaka enheter.
- H.** Förbättringsförslag efter extern kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering:

### Solbacka:

- Att endast förvara material som skall finnas i läkemedelsrum, ej ex. tomma pantburkar och annat.
- För att möjliggöra loggkontroll är SITHS korts lösning till läkemedelsrummet ett bra alternativ.

### Vinkelbo:

- Förvara narkotiska på ett ställe vilket ger en tydligare överblick
- Montera fler öppna hyllor som ger bättre struktur och ordning i rummet
- Optimera nyckelhanteringen, SITHS korts inloggning underlättar loggkontroller

### Hemsjukvård:

- Städa upp i läkemedelsskåpet genom en tydlig uppmärkning av hyllor och personbundna läkemedel. Med tanke på hur trångt det är i skåpet behövs större utrymme, antingen ett nytt större skåp eller fler skåp som möjliggör en tydligare överblick.

- Separera nycklar till läkemedelsskåp för sig och förrådsnycklar för sig.
- Införa SITHS korts inloggning för att möjliggöra loggkontroll alternativt att utfärda personliga nycklar som förvaras säkert så ingen annan har möjlighet att använda mer än sin egen utkwitterade nyckel.

### 3. Åtgärder egenkontroller

- B.** Legitimerad sjuksköterska är anställd på deltid för att ge utbildning i basala hygienrutiner men enhetscheferna har svårt att frigöra personal för utbildningarna på grund av brist på vikarier. Sjuksköterskorna försöker hinna med att utbilda på enheterna när de har möjlighet. Det är viktigt att vi kommer i gång med att använda introduktionsprogrammet för ny personal som det är tänkt.
- D.** Respektive enhetschef ansvarar för att arbeta fram handlingsplan för brister som framkom vid egenkontrollen tillsammans med personalen och utföra dessa samt följa upp dem.
- H.** Åtgärder efter externa kvalitetsgranskningen har inte hunnits med. Resultatet av granskningen kommer att presenteras för medicinska enheten under mars 2024. Då kommer även åtgärder att diskuteras och planeras in.
- I.** Palliativ registret visar att vi når eller nästan når de flesta indikatorerna under 2023 men andel som smärtskattas sista levnadsveckan och andel med dokumenterad munhälsobedömning är områden som har för låga siffror. Smärtskattning sista levnadsveckan görs med Abbey Pain Scale (bedömning av tecken på smärta) där har det de som registrerat inte trots att Abbey Pain Scale har gällt som skattningsinstrument i registret då de i registret använt andra skattningsinstrument i frågan, vid läsning av informationen till registerfrågor så framgår det att även Abbey Pain Scale är ett instrument som får användas. MAS bedömning är att alla som är i vård i livets slut får en smärtskattning flera gånger per dag under sista levnadsveckan. Munhälsobedömningar är ett område som behöver förbättras.

### 4. Uppföljning av åtgärd egenkontroll

- B+D.** Egenkontrollerna utgör ett sätt till uppföljning. Legitimerad personal som arbetar med utbildning gör egna utvärderingar vid utbildningstillfällena som återkopplas till respektive enhetschef samt övergripande till Kvalitet i Omsorgsstyrgrupp, KOM, regelbundet. På arbetsplatsträffar redovisar enhetschefer arbeten som pågår samt resultat som framkommit i egenkontrollerna enhetsvis. MAS redovisar egenkontrollerna på MAS-träffar och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.
- H+I.** Inom dessa områden har vi inte hunnit göra någon uppföljning ännu.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

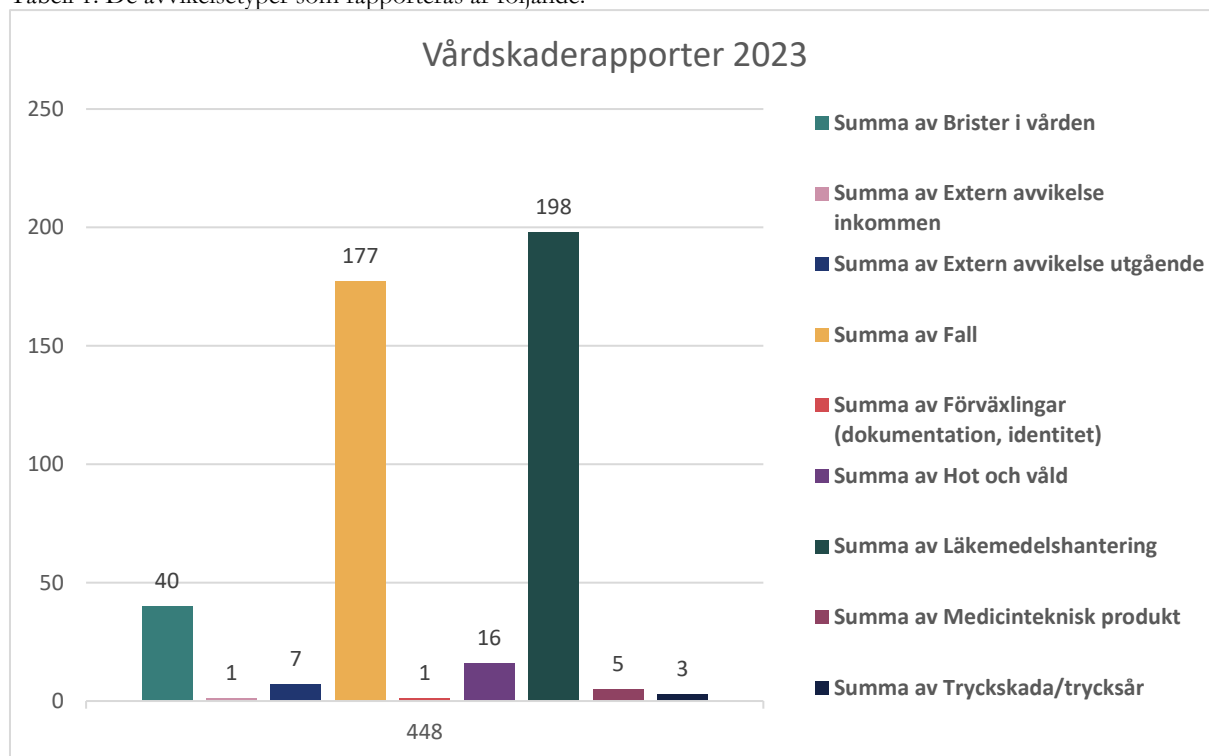
### Har vården varit säker

Det har under 2023 inkommit 448 vårdskaderapporter, 2022 var det 383 vårdskaderapporter. Av dessa 448 rapporter är det gjort 425 utredningar och det är 206 åtgärder insatta.



De klart vanligaste avvikelserna är **läkemedelsavvikelser** 198st. och **fall** 177st. Övriga avvikelserapporter, se tabell 1. En ökning har skett mellan 2022 och 2023 av avvikelsetyp *Brister i vården, externa avvikelser utgående, Hot och våld, Medicintekniska produkter och tryckskada/trycksår.*

Tabell 1. De avvikelsetyper som rapporteras är följande:



Den vanligaste åtgärdsstypen är en händelsenära åtgärd 87st, kommunikation och information är 50st, processer, rutiner och riktlinjer är 36st, omgivningsanpassning 15, teknik, utrustning och apparatur 10st, utbildning och kompetens 6st samt organisation 2st.

Tabell 2. Klassificering av vårdskaderapporter som inkommit jämförelse mellan 2022 och 2023.

Rapporttyp	År	2022					2023			
	Missförhållande	Allvarlig vårdskada	Ej risk för vårdskada/ej vårdskada	Risk för vårdskada	Vårdskada	Ej risk för vårdskada/ej vårdskada	Risk för allvarlig vårdskada	Risk för vårdskada	Vårdskada	
Vårdskador		1	85	278	21	19	1	250	35	

Totalt var det klassificerat 385 vårdskaderapporter 2022 och 305 under 2023 se tabell 2. Varför det inte är fler klassificerade vårdskade rapporter 2023 trots att det är fler skrivna vårdskaderapporter 2023 än 2022 beror på att vi ligger efter i utredningarna så alla rapporter har inte hunnits klassificeras. Varför utredningar inte utförs beror både på okunskap och tidsbrist. Utbildningsinsatser om utredning av vårdskador kommer att fortsättas med till medicinska enhetens personal och enhetschefer inom ÄFO.

Det har skett förändringar i personalbemanningen där det anställs personer som inte har teoretisk eller reella kunskaper om vård och omsorg samt i vissa fall finns det brister i svenska språket. Kompetensbristerna visar sig även i vårdskador. Bristerna är kända och det arbetas med att höja kvalitén inom vård och omsorg på olika sätt. Praktiska utbildningar ges i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik, hjälpmedelsanvändning samt nutrition, för att motverka undernäring. Det arbetas även med vård- och

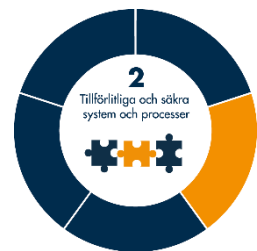
omsorgspersonalen på enheterna för att förbättra deras kunskaper i att ta del av dokumentation och kunskaper i att dokumentera om brukarna. Det behövs även göras individuella språkbedömningar för att kunna veta hur vi kan stötta och hjälpa de som behöver mer stöd för att komma vidare i att förbättra svenska språket. Personal som inte har vård och omsorgserfarenhet kan trots det fungera riktigt bra i samarbete med patienterna och kollegor. Vi som ansvariga behöver ge dem förutsättningarna att komma in i arbetet på ett bra sätt. Vi behöver lära ut hur vi ska jobba förebyggande och upptäcka risker innan vårdskador inträffar.

Ett sätt är att använda ett strukturerat arbetssätt och göra riskbedömningar, och när risker upptäcks jobba i team för att titta på orsaker och sätta in åtgärder samt att följa upp åtgärderna, blev åtgärderna rätt för denna patient? eller behöver vi sätta in andra åtgärder? Under året kommer Senior alert (vårdpreventivt arbetssätt) att återinföras på särskilt boende vilket är ett kvalitetsregister där riskbedömningar görs gällande fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Vid risk tittar man på orsaker, sätter in åtgärder och följer upp systematiskt.

Varje enhet behöver följa upp sina egna resultat av till exempel avvikelser och risker samt analysera dessa för att fånga upp vilka områden där förbättringsarbete behöver sättas in. Det krävs att vi arbetar i team för att få till förbättringar då vi har olika kunskaper som kan bidra på olika sätt tillsammans.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

För att förbättra kompetensen hos vård- och omsorgspersonal ges praktiska utbildningar i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik, hjälpmedelsanvändning samt nutrition för att motverka undernäring.

Ett Introduktionsprogram är framtaget men har hittills inte använts som det var meningen. Det är mycket egna studier via webbutbildning som personen ska gå igenom. Det passar inte alla att bara göra webbutbildning utan även praktisk utbildning behövs och möjlighet att få fråga om saker som är otydliga till en fysisk person.

Problem finns att kunna frigöra personalen så att de kan gå introduktionsprogram och praktiska utbildningar, för ny personal är det önskat att de får gå detta innan de inskolas på enheten så att de har några baskunskaper när de kommer ut och arbetar. Praktiska utbildningarna är även anpassade så att de kan gås av ordinariepersonal som en kompetenshöjning, fördjupning, repetition men när det inte finns vikarier har det inte gått frigöra ordinariepersonal för utbildningarna mer än enstaka fall trots att det funnits utbildningstillfällen.

Läkemedelsgenomgångar har våra äldre rätt till att få men tyvärr har vi inte fått tillräckligt med läkartider för att kunna ha mer än 10 samt att det varit resursbrist bland sjuksköterskor olika perioder under året.



## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



### Är vården säker idag

God och nära vård är område vi ska jobba med tillsammans med Region Västerbotten och det jobbas med det på olika nivåer. Lokalt har vi haft gemensamma workshops med hälsocentralen där vi tagit del av länets material om God och nära vård. Det har varit diskussioner i blandade grupper på dessa workshops där hälso- och sjukvårdspersonal har fått lyfta fram hur de tänker om God och Nära vård, vad de tycker är viktigt att prioritera. En av punkterna som framkommit är att det behövs underlättas för våra äldre att inte behöva ringa runt till flera utan att de ska få en fastvårdkontakt. Det kommer att arbetas vidare tillsammans med hälsocentralen för att vi gemensamt ska hitta lösningar för att förbättra för medborgarna i Norsjö kommun.

Skellefteå sjukvårdsslutenvård är snabbare på att skriva ut patienter än de varit tidigare. I kommunen upplever vi att patienterna som kommer hem är i sämre skick och behöver mer vård och omsorg som inte alltid har framkommit från utskrivningsrapporter. Det är en förklaring till ökningen av externa avvikelser. Det har även lett till att vi har behövt skicka tillbaka några patienter till slutenvården då de inte klarat sig hemma eller blivit försämrade vid hemgången. Sluten vården har svårt att få kompetent personal vilket leder till resursbrist som gör att slutenvården inte kan ha öppen alla vårdplatser. Även kommunen har svårt rekrytera kompetent personal vilket har lett till att patienter kan ha fått vara kvar på sjukhus extra dagar. Det har även varit extra lång kö till kommunens särskilda boende under delar av 2023 vilket lett till att kommunen inte kunnat ta hem patienter från sjukhuset när de är utskrivningsklara och är beviljade korttidsvård för att på korttidsboendet har det varit fullt med patienter som väntar på särskild boendeplats för äldre.

### Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vid varje vårdskaderapport ska det bedömas klassificering av vårdskada. Det görs även en bedömning av sannolikhet av att det inträffar igen samt vilken allvarlighetsgrad vårdskadan bedöms som. När det är risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada görs Lex Maria utredning och anmälan. Om sannolikhet och allvarlighet bedöms högt så kontaktas MAS som då är med i utredning, åtgärder och uppföljning.

Vid förändringar i verksamheterna görs en risk- och konsekvensanalys med olika representanter från verksamheterna.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Det är anmält en Lex Maria under 2023 som är avslutad av Inspektionen för vård och omsorg, IVO:s efter komplettering blivit inskickad från kommunen. IVO kommer inte att vidta ytterligare åtgärder i ärendet.

IVO har under 2023 fortsatt sin nationella granskning av äldreomsorgen i kommunerna och Norsjö kommuns tillsyn pågår fortfarande.

Journalgranskning har skett i samband med utredningar av vårdskador.

Återkoppling av ovanstående händelser och kontroller samt resultat görs inom verksamheten för att sprida kunskap och fånga förbättringsområden som verksamheterna behöver arbeta med. Viktigt att resultat från pågående arbeten återkopplas för att sprida engagemang samt förståelse för förändringar som behövs för att komma vidare i förbättringsarbetet och göra att alla känner sig delaktiga.

### Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Nedan redovisas i tabellform årsjämförelse av fallrapporter inom ÄFO, tabell 3 och inom hemsjukvård, tabell 4. Även årsjämförelse gällande läkemedelsrapporter redovisas inom ÄFO, tabell 5 och hemsjukvård, tabell 6.

**Tabell 3. Årsjämförelse gällande fallavvikelser inom särskilt boende och korttidsboende inom äldre och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO 2019 – 2023 i nyckeltal (nyckeltal = fall/boendeplats).**

ÅRTAL	FALL NYCKELTAL
2019	2,75
2020	1,71
2021	1,81
2022	1,49
2023	1,08

Under 2023 ledde 3 av fallen till frakturer. Årsjämförelsen visar att fall per boendeplats minskat över tid (tabell 3).

**Tabell 4. Inom hemsjukvård med eller utan hemtjänst årsjämförelse gällande fallavvikelser i nyckeltal (nyckeltal=fall per inskriven i hemsjukvård) mellan år 2019 - 2023.**

<b>ÅRTAL</b>	<b>FALL NYCKELTAL</b>
<b>2019</b>	<b>0,18</b>
<b>2020</b>	<b>0,52</b>
<b>2021</b>	<b>0,80</b>
<b>2022</b>	<b>0,68</b>
<b>2023</b>	<b>1,63</b>

Under 2023 ledde 1 fall till fraktur. Årsjämförelsen visar att under 2023 ökade fallen i ordinärt boende (tabell 4).

**Tabell 5. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2019 – 2023 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende.**

<b>ÅRTAL</b>	<b>LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL</b>
<b>2019</b>	<b>2,2</b>
<b>2020</b>	<b>2,72</b>
<b>2021</b>	<b>1,70</b>
<b>2022</b>	<b>1,18</b>
<b>2023</b>	<b>1,4</b>

Årsjämförelsen visar att läkemedelsavvikelserna har ökat i nyckeltal (antal avvikelser per boendeplats) 2023 (tabell 5). Det infördes ett digitalt signeringsystem för läkemedelsgivning något år efter byte av verksamhetssystemet vilket borde ha minskat läkemedelsavvikelser men under 2023 har nyckeltalet ökat igen. Det beror till viss del på att personalen inte signerar direkt vid administreringen och att personalen inte har med sig det digitala verktyget när de administrerar läkemedel. Det har varit en del tekniska problem att få det att fungera smidigt. Det arbetas med lösningar för att få det att fungera bättre.

Tabell 6. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2019 – 2023 inom hemsjukvård där insatsen är övertagande av läkemedelshantering.

ÅRTAL	LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL
2019	2,15
2020	0,57
2021	2,52
2022	1,44
2023	2,05

Årsjämförelsen visar att nyckeltalet har ökat (tabell 6). Inom hemtjänsten används ett mobilt signeringssystem som de har i sina mobiltelefoner där deras planering för dagen finns med. Om det ska ges läkemedel hos en brukare kan de inte lämna brukaren innan uppgiften är utförd vilket gör att det borde bli minskade avvikelser för detta. Det som varit problem för hemtjänsten 2023 är att det varit för få personal som kunnat få läkemedelsdelegering vilket gjort att den med delegering fått åka runt mycket och varit stressad på grund av att den behövt administrera läkemedel i hemtjänstgrupp där de inte känner brukaren så väl.

Förbättringar har skett i att trygga upp läkemedelsdelegeringarna genom förbättringar i kunskapsmaterialet, muntlig genomgång samt skriftligt test för att trygga upp att de som får delegering verkligen har de kunskaper som behövs. Det krävs även kunskap i svenska språket för att kunna få delegering av läkemedel, personerna måste förstå, tala, läsa, skriva och förmedla sig i svenska språket för att få delegering. Personalen måste även vara inne i verksamhetssystemet och ta del av information samt dokumentera det som händer i journalen.

### Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Totalt har det inkommit 16 klagomål och synpunkter i hela omsorgen. Ingen av dessa har varit riktad till kommunens hälso- och sjukvården.

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För att öka riskmedvetenheten och beredskap ska kvalitetsregistret Senior alert återinföras och personalen ska gå en grundutbildning i Senior alert i samband med införandet.

Avvikelse ska återkopplas på ett strukturerat sätt till medarbetarna för att medvetandegöra om risker och händelser som inträffat och tillsammans jobba för att undvika att liknande händelser inträffar igen.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2024**

**MÅL 1:** Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

### *Strategier:*

Återinföra strukturerade riskbedömningar enligt Senior alert. När det upptäcks risker ska det utredas om det finns bakomliggande orsaker, åtgärder ska sättas in och uppföljningar göras. Enheterna ska genom chef och ombud delges resultaten regelbundet till vård- och omsorgspersonalen och ansvariga legitimerade personal.

### *Utmaning:*

Att få med och engagera vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och enhetschefer i arbetet att jobba förebyggande genom Senior alerts strukturerade vårdpreventiva process.

**MÅL 2:** Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

### *Strategier:*

Samverkan med hälsocentralen för att det ska avsättas tillräckligt med läkarresurser och helst även apotekare som är med vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sjuksköterskorna behöver prioritera planering för fördjupade läkemedelsgenomgångar, det krävs förberedelser såsom provtagning och skattningar innan fördjupade läkemedelsgenomgångar kan genomföras.

### *Utmaningar:*

Att tid ska gå avsättas för fördjupade läkemedelsgenomgångar både från läkare och sjuksköterskor.