

# Patientsäkerhetsberättelse för Vännäs kommun

## År 2021

2022-03-14  
Anneli Johansson  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §*

- Förebygga vårdskador och vårdrelaterade infektioner
- Smittförebyggande arbete- minska risk för spridning av Covid 19 inom kommunens vård och omsorgsboende och hemtjänst
- Säker läkemedelshantering
- Att patienter får rätt vårdnivå
- God vård i livets slut
- Säker hjälpmedelshantering

## Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och fungerar väl, att patienter får den vård läkare förordat, att delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med god och säker vård samt att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i lagstiftning.
- Legitimerad personal, verksamhetschef HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska svarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.
- Alla medarbetare i vår verksamhet har ansvar att hålla sig uppdaterad inom sitt yrkesområde och följa vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Alla medarbetare i vår verksamhet ska rapportera risker för vårdskada och händelser som har medfört eller kunnat medföra risk för vårdskada samt delta i utredningar av dessa.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

## Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

*SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §*

### Rutiner

- Registrering i kvalitetsregister Senior alert, Palliativa registret och BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)
- Avvikelse- och rapportering läkemedel, fall, vårdkedjebrister, rehabilitering
- Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner
- Deltagande i nationell mätning av basala hygienrutiner (observationer)
- Årlig intern kvalitetsmätning

- Uppföljningar av skyddsåtgärder
- Loggkontroller och journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Natfastamätningar i särskilt boende och korttids för äldre
- Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering

### Omfattning och frekvens

- Resultat som hämtas via kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret följs upp varje tertiäl, ingår i nämndens kvalitetsindikatorer.
- Resultat från avvikelserapportering utvärderas på verksamheternas kvalitetsträffar samt på övergripande nivå på förvaltningens kvalitetsgrupp tertiälvis.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer avvikelser inom områdets läkemedel, fall, medicinteknisk utrustning, rehabilitering och vårdkedjebrister halvårsvis. En övergripande analys sker årligen. Återkoppling till verksamheten, ledningsgrupp vård- och omsorg samt till vård- och omsorgsnämnden.
- Områdeschefer utvärderar sin respektive enhets följsamhet till basala hygienrutiner och vidtar nödvändiga åtgärder utifrån resultat. Mätning genomförs i mars och november.
- Områdeschefer utvärderar och vidtar nödvändiga åtgärder utifrån resultat från natfastamätning, i samverkan med omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvården.
- Uppföljning av skyddsåtgärder sker var tredje månad.
- Kvalitetsmätning genomförs i december. Analys ger underlag till fortsatt patientsäkerhetsarbete i samverkan med hälsocentralen.
- Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation genomförs enligt rutin under november månad.

### Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

- Nulägesanalysen som genomfördes 2020 med stöd av SKR:s modell för stärkt patientsäkerhetsarbete ligger till grund för patientsäkerhetsarbetet
- Utbildning basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete till all vårdnära personal och chefer på särskilt boende, hemtjänst och LSS
- Sjuksköterskor använder beslutsstöd för att bedöma vårdnivå, om patienten kan vårdas i hemmet eller är i behov av sjukhusvård
- Utbildning i säkert handhavande av personlyft
- Förbättrad utbildning till omvårdnadspersonalen inför läkemedelsdelegering
- Anpassad utbildning i grundläggande omvårdnad till vikarier och personal med bristande kunskaper i svenska språket
- Underlag för inskrivning i hemsjukvård uppdaterat

## Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador måste det finnas rutiner för att identifiera, rapportera samt dokumentera risker i verksamheten. Riskbedömningar sker på olika nivåer.

- Varje gång en yrkesutövare möter en patient vilket kräver ett medvetet förhållningssätt
- Riskbedömningsverktyg i den kliniska verksamheten avseende trycksår, fall, undernäring och munhälsa
- Riskbedömning vid användande av skyddsåtgärder för personer med demenssjukdom
- Legitimerad personal, områdeschefer och MAS följer kontinuerligt rapportering av inträffade avvikelser avseende fall, läkemedel samt brister i informationsöverföring. På detta sätt kan mönster identifieras som indikerar brister i den egna verksamheten eller kring samverkan med andra vårdgivare.
- Verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör riskanalys vid eventuella bemanningsförändringar eller där belastning på hälso- och sjukvården kan förväntas.

## Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Vid händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada gör den medicinskt ansvariga sjuksköterskan en händelseanalys. Som stöd används SKR:s *Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys*. Det finns olika metoder för att utreda händelser. Händelser i hälso- och sjukvården beror oftast på ett samspel mellan människor, teknik och organisation. För att få olika infallsvinklar och perspektiv kan det därför vara en fördel att arbeta multidisciplinärt och anpassa valet av metoder utifrån händelsens karaktär och omfattning. I händelseanalyser involveras medarbetare och chefer.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggkontroller i kommunens verksamhetssystem och sammanhållen journalföring (NPÖ) har genomförts. Ingen olovlig åtkomst har uppmärksamats. Inloggning till NPÖ sker via säker identifiering med SITHS-kort. Under 2021 har digital koppling mellan verksamhetssystemet Magna Cura och NPÖ införts vilket undanröjer risk för olovlig tillgång till patientuppgifter. Personer som innehar SITHS-kort finns i digital katalogtjänst HSA. Kontroller görs regelbundet av anställningsförhållande samt

kontroller av giltig legitimation hos legitimerad personal. Behörighetsförteckning för verksamhetssystemet Magna Cura finns. Beställningar sker via tjänsten eSumit.

Informationsöverföring till Vännäs hälsocentral sker via avidentifierade dokument, personligt överlämnande eller via krypterade mejl. Information till och från lokalt apotek sker via fax.

Under senare hälften av 2021 har en digital plattform för säkra möten testats. Syftet är att säkra digitala patientmöten ska kunna hållas, bland annat vårdplaneringar och läkarkontakter.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Vårdens övergångar, mellan region och kommun, mellan olika kommuner och inom den egna verksamheten är processer där risker för vårdskada kan uppstå. Väl fungerande kommunikation vad gäller bland annat aktuellt hälsotillstånd, läkemedelsbehandling, fortsatt planerad vård, läkemedels- och hjälpmedelsbehov är betydelsefullt för att förebygga vårdskador som kan uppstå vid kommunikationsbrist.

### Samverkan med specialistvård och primärvård

- Länsrutin för samverkan vid utskrivning och SIP (samordnad individuell plan)
- Prator (IT-stöd för samverkan vid utskrivning)
- Säker dos Västerbotten (Säker läkemedelshantering vid vårdövergångar)
- Ramavtal för läkarmedverkan (länsnivå) samt lokala samarbetsrutiner med Vännäs hälsocentral. Patienter med kommunal hälso- och sjukvård har en fast läkarkontakt på Vännäs hälsocentral. Enstaka patienter väljer annan vårdgivare och då upprättas samverkansrutiner på individuell nivå för respektive patient.
- Veckovisa träffar mellan kommunens och hälsocentralens distriktssköterskor avseende in- och utskrivning i hemsjukvård
- Samverkan med Vårdhygien Region Västerbotten, under 2021 utökad samverkan med anledning av pandemin. Vårdhygien har tagit fram länsrutiner för kommunal vård och omsorg som anpassats efter lokala förutsättningar.

### Samverkan inom de olika verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen

- Checklista vid utskrivning från sjukhus har tagits fram av en tvärprofessionell arbetsgrupp för att säkra informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal
- Riskbedömningar, planering och uppföljning av åtgärder sker i team (legitimerad personal, omvårdnadspersonal, patient/närstående och områdeschef vid behov).
- Veckoträffar, kvalitetsträffar, kvalitetsgrupp och ledningsgrupp

- Gemensamma verksamhetsträffar för legitimerad personal
- Rutin för "Kontakt med legitimerad personal" för att säkerställa att omvårdspersonalen känner till när och hur sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut ska kontaktas.

## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Legitimerad personal och omvårdnadspersonalen är skyldig att rapportera inträffade avvikelser enligt rutinen för avvikelshantering (fall, läkemedel, rehabilitering och brister i informationsöverföring).

- Den person som uppmärksammar eller är inblandad i avvikelserna gör en registrering i avvikelssystemet i Magna Cura. Berörd legitimerad personal och områdeschef underrättas direkt.
- Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att det inte ska hända igen. Vid ingen eller begränsad effekt på patienten vidtas eventuella åtgärder direkt av ansvarig legitimerad personal.
- Avvikelsen avslutas när den är hanterad och återrapporterad till inblandad personal.
- Återkoppling, eventuellt förändrade arbetsrutiner kommuniceras till hela personalgruppen på verksamhetsträffar.
- Legitimerad personal, områdeschefer och MAS ska följa avvikelserapporteringen veckovis.

Vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada ska detta omedelbart rapporteras till MAS som har ansvar för att utreda händelsen och eventuellt anmäla enligt Lex Maria. Under 2021 har ingen händelse bedömts ha den allvarlighetsgrad som föranlett anmälan till IVO.

Klagomål från patienter, närstående och personal kan lämnas muntligen via telefon, skriftligen via mejl eller via avsedd blankett som finns på kommunens hemsida.

## Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- Klagomål och synpunkter utreds och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.
- Varje verksamhet följer utvecklingen av avvikelser genom regelbundna kontroller i verksamhetssystemet.
- Vid upprepade fallincidenter genomförs en fördjupad individuell fallriskanalys för berörd patient. Sker vid multiprofessionella träffar.

- Avvikelser och resultat/statistik från kvalitetsregister sammanställs var fjärde månad inför tertialrapporter.
- MAS sammanställer halvårs- och helårsrapport angående fallavvikelser, rehabilitering, brister i informationsöverföring samt läkemedelsavvikelser. Sammanställning och analys rapporteras till områdeschefer, gruppleadare och hälso- och sjukvårdspersonalen.

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Verksamheterna har avsedda lådor där närstående kan lämna synpunkter
- Patienter och närstående kan lämna klagomål och synpunkter via kommunens hemsida
- Varje patient har en fast vårdkontakt, namngiven sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut som patient och närstående kan vända sig till
- Varje person har utsedd kontaktpersonal på boendet eller i hemtjänsten
- Närstående informeras om inträffade avvikelser och involveras vid utredningar av missförhållanden och allvarliga avvikelser

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### RisKFörebyggande arbete

Alla patienter inom särskilt boende äldre riskbedöms minst två gånger/år enligt Senior alert inom områdena fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Hos 94 % av de äldre uppmärksammades en risk inom något/några av områdena och hos 99 % finns en åtgärdsplan och åtgärderna är uppföljda enligt plan.

Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att planera, genomföra och utvärdera nutritionsbehandling. I de flesta fall ansvarar omvårdnadspersonalen för en del insatser, till exempel att ge näringsdryck, berika maten eller erbjuda extra mellanmål. Insatserna ska finnas beskrivna i patientens genomförandeplan. Granskningsmallen av genomförandeplaner är uppdaterad under 2021 för att områdeschef/verksamheterna ska kunna säkerställa att det som hälso- och sjukvården ordinerat genomförs. Första kontrollen med nya mallen kommer att ske vid tertial 1 2022. Natfastamätningar som genomfördes under 2021 visade att stor del av personer på äldreboendena i kommunen har för lång nattfasta, det vill säga mer än 11 timmar. Det är ett av de prioriterade områdena under 2022.

I enlighet med nationella diabetesriktlinjer samt en regional samverkansöverenskommelse för diabetesvård ska patienter med diabetes ha en vårdplan samt en fotundersökning ska genomföras minst årligen. Den interna

kvalitetsmätningen visar att samtliga patienter inom särskilt boende och 85 % av patienterna i hemsjukvården har en vårdplan och 83 % har fått sina fötter undersökta med hjälp av ett strukturerat bedömningsinstrument. Inom hemsjukvården är det en klar förbättring jämfört med 2019 där endast 40 % av patienterna hade genomgått en fotundersökning.

Personal som hanterar personlyft ska genomföra särskild utbildning. Under 2021 har "lyftkörkort" inte kunnat uppdateras enligt rutin med anledning av begränsningar att samla personal för "fysiska" utbildningar.

### Palliativ vård

Alla verksamheter deltar i svenska palliativa registret där indikatorer som till exempel symtomlindring, brytpunktssamtal och efterlevandesamtal kan följas. För personer som närmar sig livets slut inom kommunens vård- och omsorgsverksamheter finns alltid läkemedelsordinationer tillgängliga för symtomlindring av till exempel smärta eller oro. Smärtskattning sker med strukturerat bedömningsinstrument, särskilt anpassat till personer med nedsatt kognitiv förmåga som inte själv kan redogöra för upplevd smärta och eventuellt behov av smärtlindring. Under 2021 har den lokala riktlinjen för palliativ vård uppdaterats. En arbetsgrupp bestående av hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal och områdeschef har medverkat. Riktlinjen beskriver bland annat bedömning av vårdnivå, rutin för HLR, symtomlindring vid vård i livets slut och att en person inte ska dö ofrivilligt ensam.

### Läkemedel

	2019	2020	2021
<b>Borgmästargården</b>	28	39	49
<b>Hjorten</b>	75	21	15
<b>Vännäsby ÄC</b>	46	37	41
<b>Slussen</b>	32	29	27
<b>LSS</b>	27	26	25
<b>Hemsjukvård</b>	143	166	252
<b>Totalt</b>	<b>351</b>	<b>318</b>	<b>409</b>

Avvikelser inom läkemedelshantering handlar till största delen om utebliven dos eller del av dos. Avvikelserna uppmärksammas i de flesta fall vid nästa dostillfälle och sjuksköterska kontaktas för åtgärd. Enstaka uteblivna doser påverkar sällan patientens hälsotillstånd men varje incident är allvarlig då patienterna alltid ska få rätt läkemedel i rätt tid.

I hemtjänsten handlar övervägande del om helt uteblivna doser vilket talar för att insatsen inte är påbörjad/utförd under hembesöket. Hemtjänsten behöver identifiera orsaker och vidta åtgärder så att läkemedelsuppdrag genomförs och på ett säkert



sätt. Ett annat riskområde som identifierats är behandling med läkemedel i plåsterform där fler än ett plåster applicerats. Tydliga instruktioner finns hos varje patient och en riktad utbildningsinsats är genomförd. MAS kommer att särskilt följa utvecklingen kring detta för att bedöma om läkemedelsbehandling med plåster ska vara möjlig att delegera.

Inom särskilt boende för äldre och LSS är MAS bedömning att en del avvikelser hade kunnat undvikas genom förbättrad kommunikation mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. I delegeringsuppdraget ingår bland annat att kontakta sjuksköterska vid oklarheter, om patienten inte vill eller kan ta sitt läkemedel. Sjuksköterskor måste också följa upp signeringslistor minst varannan vecka för att uppmärksamma händelser i tid.

LSS ligger på en jämn nivå sett till antalet avvikelser jämfört med föregående år och flera gruppboendestäder har inga avvikelser rapporterade under 2021. Hjorten visar en minskning vilket delvis kan förklaras med att antalet platser minskat under året men sannolikt har förbättrade rutiner och regelbunden uppföljning av sjuksköterska också gett resultat. Äldrecenter och Slussen relativt oförändrat jämfört med föregående år.

När läkemedelshantering delegeras ska sjuksköterska bedöma om omvårdnadspersonalen har reell kompetens för att utföra uppdraget. För att säkerställa detta genomgår personalen en webbutbildning, tar del av ett skriftligt material samt deltar i delegeringsutbildning med teoretiska och praktiska moment som utsedda delegeringssjuksköterskor håller i. Därefter går sjuksköterska i respektive verksamhet igenom aktuella patienters läkemedelsbehandling och om personalen bedöms ha kompetens samt vara noggrann kan delegering ske. MAS bedömning är att läkemedelsavvikelser hör nära samman med personalomsättning och bemanningssituation och arbetsgruppernas förutsättningar för kommunikation och samverkan. Väl fungerande boenden/avdelningar visar färre avvikelser. Delegeringsförfarandet är under ständig utveckling men lika viktigt är arbetet med grupputveckling, ansvarstagande och teamsamverkan.

Under 2021 har det genomförts läkemedelsöversyn för 80 % av patienterna i hemsjukvården och särskilt boende vilket är jämförbart med 2020 (82 %). Inom LSS-omsorgen görs årliga hembesök av läkare där läkemedelsöversyn ingår.

I det nya ramavtalet för läkarmedverkan finns angivet att läkemedelsgenomgångar ska utföras och att resurser ska planeras efter behovet. En vägledning på länsnivå håller på att tas fram och vi hoppas på en mer detaljerad styrning av resurser till just läkemedelsgenomgångar.

Under 2021 har resursbrist inom såväl kommunen som regionen bidragit till att brådskande patientärenden har behövt prioriteras under den tid för läkarmedverkan som funnits tillgänglig.

## Fallolyckor

	2019	2020	2021
<b>Borgmästargården</b>	63	84	64
<b>Hjorten</b>	38	19	11
<b>Vännäsby ÄC</b>	130	119	115
<b>Slussen</b>	38	40	41
<b>LSS</b>	46	39	89
<b>Hemsjukvård</b>	158	136	151
<b>Totalt</b>	<b>473</b>	<b>437</b>	<b>471</b>

Det är svårt att dra slutsatser och jämföra antalet fall med tidigare år eftersom patienter flyttar in och andra avlider och patienternas förmågor och hälsotillstånd varierar över tid. Varje verksamhet behöver kontinuerligt följa utvecklingen på individ- och gruppnivå.

För samtliga personer inom särskilt boende äldre görs en riskbedömning angående fallrisk, bakomliggande orsaker identifieras och åtgärder planeras och följs upp minst var tredje månad. Inom hemsjukvården erbjuds en förenklad bedömning samt fallförebyggande information lämnas ut. Vid upprepade fall hos samma person görs en fördjupad analys av inträffade fall för att få en bättre förståelse i vilka situationer fallolyckor inträffar och anpassa åtgärder efter det.

Även om det inte helt går att jämföra med tidigare år är det positivt att vi inte ser en generell ökning av fallolyckor inom äldreomsorgen med tanke på att det under 2021 funnits risk att äldre personer varit mindre fysiskt aktiva med anledning av pandemin. En lägre andel av fallen har bidragit till allvarig konsekvens med behov av sjukhusvård under 2021 jämfört med 2020, 2,5 % jämfört med 4,8 %. 3 av fallolyckorna inom särskilt boende för äldre ledde till frakturer (höft (2), handled). 6 av fallen i hemsjukvården ledde till fraktur (bäcken (2), höft (2) och lårben (2)). Inget av fallen på korttidsboende bidrog till allvarig skada.

Inom LSS är antalet fallolyckor högt jämfört med 2019 och 2020, dock inga händelser som resulterat i att patienten behövt sjukhusvård. Ett fåtal brukare står för 90 % av fallen och det finns fördjupade analyser med individuellt anpassade åtgärder. Ängest/oro och bristande insikt om den egna förmågan bedöms vara orsaker till fallolyckorna. En viktig förutsättning för brukarnas upplevda trygghet är personalkontinuitet på gruppboenden och förändringar kan bidra till ökad oro hos brukarna med fallolyckor som följd.

## Vårdhygien/Vårdrelaterade infektioner

I den interna kvalitetsmätningen framkom att inga vårdrelaterade infektioner förvärvats inom den kommunens hälso- och sjukvården under 2021. Särskilt boende

för äldre (80 patienter) deltog i den nationella mätningen HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Ingen hade pågående antibiotikabehandling och ingen hade vårdrelaterad infektion.

Vårdhygien, Region Västerbotten, erbjuder sedan hösten 2021 sjuksköterskor inom länet digitala träffar med utbildning/information om aktuella ämnen inom vårdhygien och smittskydd.

### Covid 19

Under 2021 har områdeschefer fortlöpande genomfört egenkontroll till följsamhet till basala hygienrutiner samt uppföljning av att berörd personal känner till hur de ska agera vid misstänkt eller konstaterad smitta. Rutin finns för att introducera nya vikarier. Material har beställts via regional organisation i Länsstyrelsens regi och skyddsutrustning har distribuerats till kommunens vård och omsorgsboenden och hemtjänst enligt intern rutin. Äldrecenter var en av de första vård och omsorgsboendena i länet där screening av symptomfri personal startade.

### Medicinteknisk utrustning

Ett tillbud är rapporterat till Läkemedelsverket och tillverkare. Batteri till elrullstol fattade eld och patienten ådrog sig brännskador. Inga brister i förskrivning eller uppföljning av hjälpmedlet.

### Vårdkedjebriter- brister i informationsöverföring och/eller samverkan

Under 2021 har två synpunkter lämnats till Region Västerbotten. Det gällde brister i förskrivning av hjälpmedel i samband med utskrivning från sjukhus samt fördröjd operation på grund av att aktuell klinik på sjukhuset inte hade tillgång till förflyttningshjälpmedel. Ingen risk för vårdskada men onödig påfrestning för berörda patienter. Vännäs hälsocentral har lämnat två avvikelser till kommunens hälso- och sjukvård, fördröjd antibiotikabehandling på grund av misstag av sjuksköterska samt brister i beställning av provtagningsetiketter. Ingen risk för vårdskada.

Underlag för inskrivning i hemsjukvården har uppdaterats med tydligare dokumentation av vilka insatser som ingår i kommunens ansvar och vilka kontaktvägar som är aktuella. Risk för att patienter hamnar "mellan stolarna" bedöms därmed minska.

### Patientsäkerhetsarbete 2022

SKR har tagit fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet som bör ligga till grund för lokala handlingsplaner. Den ska fungera som stöd för patientsäkerhetsarbetet och i att förebygga vårdskador. Handlingsplanen innehåller fyra områden; Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens och Patienten som medskapare. Under 2020 deltog vi i ett pilotprojekt tillsammans med några andra kommuner och därför finns en "nulägesanalys" med identifierade förbättringsområden. Under 2022 ska analysen uppdateras och en lokal handlingsplan tas fram. Flera områden som

uppmärksammades 2020 är fortsatt aktuella och prioriteringar under 2022 utgår från dessa. Ett exempel är patienten som medskapare. Under 2022 kommer ett fokus inom hemsjukvården att vara samordnade individuella planeringar i patientens egna hem en tid efter utskrivning från sjukhus. Vännäs hälsocentral medverkar digitalt. En annan aktivitet är att hälso- och sjukvårdspersonalen och chefer ska få relevant kunskap och bred förståelse för patientsäkerhetsarbete genom att ta del av Socialstyrelsens webbutbildning.

Nästa års patientsäkerhetsberättelse kommer att dokumenteras i en ny mall som utgår från de nationella patientsäkerhetsområdena.