

**NÄSETS
LÄKARGRUPP**

Patientsäkerhetsberättelse År 2021

Näsets Läkargrupp KB

2022-02-28

Agnetha Roswall

Katarina Hansson

Innehållsförteckning

1. Om Näsets Läkargrupp	3
STRUKTUR.....	3
2. Övergripande mål	3
3. Organisation och ansvar	4
4. Samverkan för att förebygga vårdskador	4
5. Patienters och närståendes delaktighet.....	5
6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	5
7. Klagomål och synpunkter	6
8. Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
9. Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
10. Riskanalys.....	8
11. Utredning av händelser - vårdskador	9
12. Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	10
13. Resultat	10
a. Rapporterade avvikelser.....	10
b. Utredning av händelser rapporterade via nämnd eller myndighet	11
c. Klagomål och synpunkter	12
d. Övriga förändringar/insatser relaterat till patientsäkerhet	12
14. Mål för kommande år	13

1. Om Näsets Läkargrupp

Verksamhet

Näsets Läkargrupp är en privatägd vårdcentral som bedrivs som Hälsovalsenhet inom Region Skåne. Verksamheten omfattar en vårdcentral samt en filial med specialmottagningar i Höllviken och filialer för vårdcentralverksamhet i Skanör och Vellinge. Filialen i Vellinge öppnades under hösten 2021. BHV-verksamheten inhyses i kommunens familjecentral i Höllviken.

Verksamheten har specialistläkare i allmänmedicin, endokrinologi. Vi har fysioterapeuter, dietist och arbetsterapeut samt psykologer och kurator med KBT-utbildning. Likaså finns astma/KOL-, diabetes-, hjärtsvikt-, distriktssköterske- och vaccinationsmottagning. För personer över 75 år har vi en äldreomsorg och för dem som har svårt att ta sig till oss kan vi erbjuda hembesök. Vi utför även hälsokontroller för både företag och privatpersoner.

På kommunens grundskolor och gymnasieskola bedriver vi skolhälsovård. Likaså ansvarar vi för Hemsjukvården i både OBO (ordinärt boende) och SÄBO (särskilt boende) i Höllviken, Skanör och i viss mån även i Vellinge.

Patienter och personal

Vid utgången av 2021 var totalt 25 322 patienter listade vid Näsets Läkargrupp, en ökning med 248 patienter jämfört med föregående år (25 074).

Näset Läkargrupp hade vid 2021 års utgång ca 95 tillsvidareanställda medarbetare. Ytterligare ca 40 personer anställdes för timtjänstgöring för att klara vaccinationsverksamheten kopplat till pandemin.

STRUKTUR

2. Övergripande mål

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

Näsets Läkargrupp arbetar kontinuerligt för att öka patientsäkerheten på alla nivåer inom verksamheten och med fokus på patientens bästa. Medarbetarna är engagerade och har en gedigen kompetens. Det ges fortlöpande möjlighet till vidareutbildning för alla yrkeskategorier för att ytterligare förbättra och säkerställa att patienten får en adekvat och säker vård.

Våra övergripande mål för **2021** var att:

- patientens säkerhet alltid skall stå i fokus.
- undvika allvarliga vårdincidenter.

- rapportera alla tillbud och avvikelser.
- regelbundet genomföra riskanalyser.
- upprätthålla kontinuerlig fortbildning utifrån medarbetarens behov och erfarenhet.
- arbeta för att utveckla mottagningsverksamheten för våra äldre listade patienter

Avvikelse rapporteringen fyller en viktig funktion i vårt dagliga arbete för att öka patientsäkerheten. Vi förbättrar och utarbetar rutiner och instruktioner som ett resultat av vår noggranna avvikelserapportering och utvecklar på så sätt vården på ett positivt sätt för både patient och personal.

3. Organisation och ansvar

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

Ledningen för Näsets Läkargrupp har det övergripande ansvaret för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. Ytterst ansvarig är Verksamhetschefen. Inom organisationen finns Medicinskt Ansvarig läkare samt personal som arbetar med kvalitetsarbete och avvikelshantering. All personal som arbetar på Näsets Läkargrupp har ansvar för att rapportera avvikelser, såväl interna som för extern part. Likaså åligger det alla medarbetare att ta emot och fånga upp synpunkter och klagomål från patienter och andra intressenter.

4. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Målet för vårdsamverkan är att patienten och närstående ska känna trygghet och vara nöjda med vården och omhändertagandet som vi tillsammans med andra samarbetspartners (t ex SUS Malmö Lund, Trelleborgs lasarett och Vellinge kommun) står för. Det finns tydliga samverkansöverenskommelser för respektive vårdgivares ansvarsområden. Samverkan sker genom samarbetsavtal och regelbundet återkommande möten.

För att optimera kommunikationen och informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna finns tex:

- Ett gemensamt journalsystem för primärvården (PMO).
- Rutiner gällande informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patient (Mina Planer).
- Tillgång till Nationella Patient Översikten (NPÖ).
- Rutiner gällande hanteringen av in- och utgående remisser .
- Regelbunden uppföljning och kontroll av inkomna svar av utgående remisser och prover.

- Omfattande samverkan avseende läkemedelsgenomgångar (hemsjukvård, läkare och apotekare).

Som privat vårdgivare inom Regions Skånes Hälsoval, har Nässets Läkargrupp kontakt med olika stödfunktioner som t ex Smittskydd, Vårdhygien, Strama och Patientnämnden.

5. Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Nässets Läkargrupp värdesätter en bra kommunikation mellan patient och personal. Genom att ha en dialog med våra patienter kan vi förebygga uppkomsten av vårdskador.

Vi uppmuntrar våra patienter och deras närstående att komma med synpunkter och förbättringsförslag till vår verksamhet.

På flera enheter har vi placerat en "åsiktslåda" där man kan lämna sina synpunkter skriftligen. Likaså finns det på vår hemsida, www.nasetslakargrupp.se, en e-postadress (kontakt@nlg.nu) som kan användas av patienter som önskar dela med sig av sina synpunkter på verksamheten.

I händelse av skada eller annan oönskad händelse involveras alltid den berörda patienten. Patienten delges information om vilka rättigheter som han/hon har. Patienten och eventuell närstående erbjuds alltid möjlighet till att samtala om händelser som inträffar. Alla patienter som önskar kontakt med personal i ledande funktion med anledning av händelser, synpunkter på verksamheten, klagomål eller annan anledning kontaktas alltid per telefon eller erbjuds ett personligt möte.

6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Vid inträffad avvikelse i verksamheten, patientskada eller klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp skall den medarbetaren som tar emot informationen rapportera densamma till den som är ansvarig för avvikelsehanteringen och som i sin tur initierar en händelseanalys och involverar relevant personal. Verksamhetschefen och ledningen tar del av samtliga avvikelserapporter.

För att underlätta rapporteringen tillhandahåller företaget på vår gemensamma server en specifik blankett för avvikelse- och tillbudsrapportering. Blanketten finns också i pappersformat på alla tjänsterum vilket gör den lättillgänglig inom verksamheten och väl känd av all personal. Alla inkomna avvikelser registreras, kategoriseras och utreds – detta oavsett "svårighetsgrad". På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter kan vi skapa rutiner och upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera vårdskador.

Medarbetare som rapporterar avvikelser får alltid återkoppling på sina inlämnade rapporter. Via veckobrev som distribueras till alla medarbetare presenteras kvartalsvis en sammanställning av de senaste rapporterna. Vi uppmuntrar alla våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete och en mycket viktig del i det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet.

7. Klagomål och synpunkter

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

Alla synpunkter och eventuella klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp tas omhand och analyseras och alla som hör av sig kontaktas via telefon eller erbjuds ett personligt möte. Alla kontakter registreras och ingår som del i den årliga avvikelssammanställningen.

Ärenden som inkommer via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) hanteras utifrån direktiv om åtgärder som ges i samband med underrättelse av en anmälan.

8. Egenkontroll

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

Egenkontrollen av patientsäkerhetsarbetet under året följs regelbundet upp av verksamhetschefen och ledningsgruppen och är en stående punkt på alla ledningsmöten.

- Vi följer upp alla synpunkter och eventuella klagomål som kommer från patienter, anhöriga och personal.
- Avvikelser registreras, utreds/analyseras och åtgärdas fortlöpande.
- Smittskyddsenheten utför hygienronder på respektive enhet med ca 1-2 års mellanrum.
- Interna miljörevisioner görs regelbundet på respektive enhet.
- I samband med miljörevisionen kontrolleras också efterlevnad av GDPR.
- Skyddsronder genomförs på respektive enhet.
- Patientnämndens kvartalssammanställningar följs nogsamt upp av Verksamhetschef och Medicinskt ansvarig läkare och åtgärder genomförs vid behov.
- I företagets gemensamma digitala plattform finns checklistor för internkontroll av delar i verksamheten. All medicinteknisk utrustning kontrolleras dagligen där så krävs. Vissa kontroller såsom brandrondering utförs månatligen på alla enheter. Dessutom har vi en årlig servicegenomgång av medicinskteknisk utrustning som ytterligare förstärker egenkontrollen.
- Representant från "Strama" med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling besöker oss en till två gånger om året.

- Vi deltar årligen i Nationella Patientenkäten.
- Vi deltar i Equalis kvalitetsuppföljning.
- För att kunna göra kvalitetskontroller avseende vård och behandling för olika patientkategorier använder vi oss av Medrave, ett rapporteringsverktyg för primärvården som är kopplat till journalsystemet PMO.
- Vi har regelbundna diskussioner inom alla yrkeskategorier angående arbetsätt, förhållningssätt och attityder för att förebygga kvalitetsbrister.
- Vi är måna om att ge snabb, god service till våra listade patienter.

Målgruppsundersökningar och granskningar

Näsets Läkargrupp använder sig av följande undersökningar och metoder för att identifiera uppkomna vårdskador och förbättringsområden:

- Enkätundersökningar för patienter (NPE).
- På flera enheter finns en "åsiktslåda", där vi välkomnar synpunkter såväl positiva som negativa. Alla som lämnat kommentarer denna väg kontaktas via telefon.
- Likaså återfinns på hemsidan en e-postadress (kontakt@nlg.nu) via vilken patienter/anhöriga kan inkomma med synpunkter på verksamheten.

Nationella kvalitetsregister

Vi medverkar i följande nationella kvalitetsregister:

- SweDem (registrering av personer med demensdiagnos)
- Nationella Diabetesregistret
- Luftvägsregistret
- Rikssvikt

De ovan nämnda undersökningarna samt registren ingår i sk "öppna jämförelser". Detta innebär att våra resultat kan jämföras med andra verksamheter.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

9. Övriga åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Patientens säkerhet skall alltid stå i fokus och för att uppnå våra mål avseende patientsäkerhet har verksamheten under 2021 arbetat systematiskt med följande:

- Regelbunden kommunikation med- och information till våra medarbetare.
- Regelbunden information till våra patienter via hemsida, väntrumstv, Google Business och i viss mån dörranslag.
- Regelbunden översyn och uppdatering av arbetsrutiner (bl a med hjälp av mallar och checklistor).

- Riskanalys genom rond på respektive enhet, har genomförts och dokumenterats. Analysen sammanfattas, utvärderas och åtgärdas initialt av skyddskommittén.
- Rutinmässigt användande av mallar för dokumentation av olika diagnoser som luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner, i journalsystemet PMO.
- Kontinuerligt arbete tillsammans med apotekare för att öka antalet läkemedelsgenomgångar.
- Regelbunden uppföljning av antibiotikaförbrukningen (Strama).
- Kompetenshöjande utbildningar (både interna och externa) inom samtliga yrkeskategorier.
- Kontinuerligt förbättrat rutiner och flöden i mottagningsverksamheten.
- Regelbunden information om uppdateringar och påminnelser om regelverket/rutiner kopplat till GDPR.
- "Åsiktslåda" på flera enheter där patienterna skriftligen kan lämna synpunkter eller klagomål.
- Avvikelsestatistiken rapporteras kvartalsvis via veckobrev till alla medarbetare och alla rapportörer får personlig återkoppling
- Sedan våren 2021 ingår en av våra anställda i Region Skånes projekt för att utveckla och implementera Skånes Digitala Vårdsystem (SDV). Det nya journalsystemet kommer att förbättra integritetsskyddet och patientsäkerheten som är kopplat till datahanteringen.

Vi arbetar ständigt för att våra patienter skall vara nöjda med såväl bemötande som behandling. Vi strävar efter att ha en bra och konstruktiv dialog med våra patienter för att förbättra patientsäkerheten.

10. Riskanalys

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

Varje år genomförs en större riskanalys via rond och där vi går igenom väsentliga delar av verksamheten. Till vår hjälp har vi dels en checklista anpassad för primärvårdverksamhet samt vårt ledningssystem där resultaten registreras. Identifierade risker analyseras och värderas direkt varpå åtgärder sätts in för att göra förbättringar. Det viktigaste i detta arbete är att förebygga att oplanerade händelser inträffar, att identifiera grundorsaken till eventuella avvikelser och att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera vårdskadorna.

Nästes Läkargrupp har följande rutiner för att identifiera riskmoment inom verksamheten:

- Daglig riskinventering och kontroll av medicinteknisk utrustning.
- Regelbundna riskanalyser som genomförs via rond på de olika enheterna
- Regelbundna internrevisioner kopplat till miljö, arbetsmiljö, GDPR mm

- Sammankomster för de olika yrkeskategorierna där vi diskuterar hur vi utför vårt arbete och hur vi kan göra det på ett än mer säkert sätt

Som exempel görs riskanalyser som kan kopplas till:

- Ordinarie arbetsmiljö (fysisk och psykosocial)
- Nya arbetsmoment eller rutiner
- Daglig verksamhet
- Patientsäkerhet
- Personalsäkerhet

11. Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

I händelse av vårdskada eller incident där patienten på något sätt fått lida men och som kan bedömas vara helt eller delvis orsakat av den behandling/vård (eller avsaknad av behandling/vård) som patienten erhållit via Nässets Läkargrupp, så utreds alltid händelsen initialt internt. Gör den interna utredningen gällande eller ställer sig tveksam till om Nässets Läkargrupp är ansvarig för det inträffade görs alltid en Lex Mariaanmälan till "Inspektionen för Vård och Omsorg" (IVO). IVO gör därefter en bedömning om hur händelsen skall utredas och begär in information från vårdgivaren.

Om patienten för vårdgivaren uttrycker oro för att vård eller behandling har orsakat men för densamme, informeras alltid patienten om sina rättigheter. Primärt erbjuder vi alltid patienten ett personligt samtal med patientansvarig läkare där händelsen kan förklaras/diskuteras. Patienten informeras också om hur Patientnämnden fungerar och hur densamma kan bistå patienten för att reda ut den uppkomna situationen.

12. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Nässets Läkargrupp anställde under 2021 en IT-expert som ansvarar för informationssäkerheten kopplat till vårt nätverk och våra datorer. I uppdraget ingår att förutom att upprätthålla säkerheten också att supportera, utveckla och underhålla nätverkets infrastruktur.

Nässets Läkargrupp's klienter och servrar har antivirusprogram installerade för att förebygga olika hot. Brandväggar finns för in- och utgående kommunikation på varje enhet/mottagning. Dessa sammanbinder kontoren med VPN.

I händelse av intrång eller annan skada på server hanterar Nässets Läkargrupp detta enligt följande process:

1. Identifikation händelse
 - a. **När** inträffade händelsen?
 - b. I vilken **omfattning** har intrånget eller skadan skett?
 - c. Hur har intrånget **skadat** våra system?
2. Vilka **åtgärder** har satts in?
3. Vilka kontroller har gjorts och görs för att följa upp händelseförloppet?
4. Hur har vi följt upp händelsen?
5. Incidentrapport
6. I händelse av personuppgiftsincident rapporteras detta till **Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)** inom 72 timmar.

Medicinskt Ansvarig läkare gör regelbundet stickprovundersökningar gällande journaldokumentation.

RESULTAT OCH ANALYS

13. Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

a. Rapporterade avvikelser

Vi arbetar oförtrutet vidare med avvikelserapporteringen, såväl de som rapporterats inom verksamheten som rapporter som kommer från extern part. Likaså skriver vår personal alltid avvikelserapporter när händelser orsakats av annan extern part. Alla avvikelser oavsett var de kommer ifrån eller vilka de berör utreds och följs upp. Syftet är inte att hitta fel eller finna en "syndabock" utan att vi skall lära av det inträffade och förbättra våra rutiner och vidareutveckla verksamheten - både för patienter och för personal.

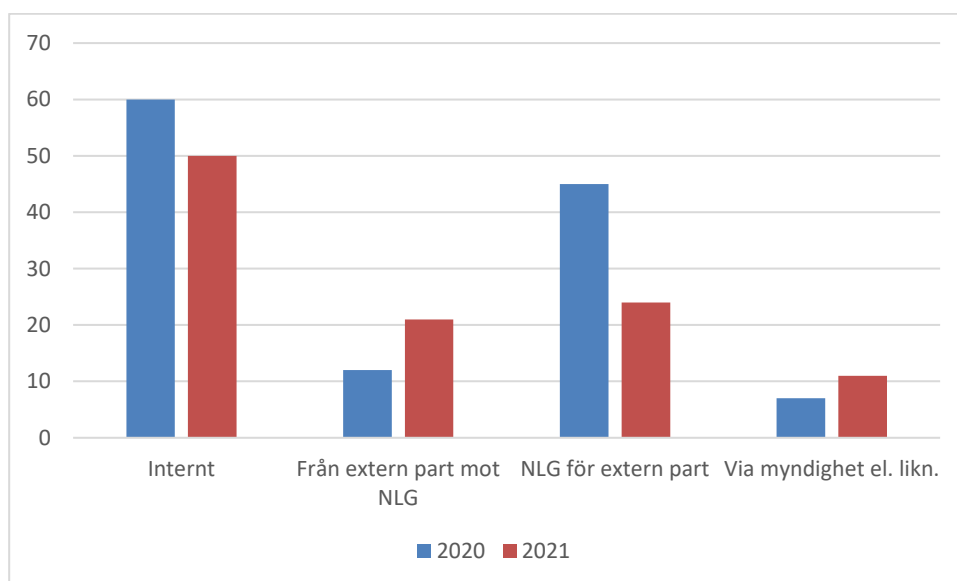


Bild: Avvikelse rapporterade för 2020 och 2021.

- De vanligaste interna avvikelserna är kopplade till någon form av *administration (skanning, remisser el likn.)* följt av *lab (provsvär, remisser, etiketter)*. 15 av de totalt 50 interna avvikelserna som rapporterades under 2021 kan kopplas till Covid-19. Det har inte sällan varit svårt för personalen att anpassa verksamheten efter de snabbt skiftande riktlinjerna gällande provtagning, smittspårning och vaccination Covid 19.
- Det stora flertalet skriftliga avvikelser från extern part mot NLG berör administration (tex remisser, remissbekräftelser) samt kommunikation. Några rapporter gör också gällande att motparten inte alltid har kunskap om primärvårdens ansvarsområden.
- Näsets Läkargrupp rapporterade under 2021 totalt 24 avvikelser för extern part. Framförallt var rapporterna kopplade till administration tex väntetider och felskickade remisser. Några avvikelser var kopplade till Covidvaccination och Region Skånes riktlinjer.
- Under 2021 fick vi totalt elva ärenden via myndighet eller liknande. Sju ärenden via *Patientnämnden* och tre anmälningar från *IVO (se del b. Utredning av händelser osv nedan)*. Ytterligare ett ärende rapporterades via Region Skånes koncernkontor dit en patient hört av sig med klagomål gällande vård o behandling.

b. Utredning av händelser rapporterade via nämnd eller myndighet

Från Patientnämnden inkom tre ärenden rörande patienter som var missnöjda med vårt förfarande kring Covid-19 vaccination. Dessa klagomål byggde i huvudsak på en från patienten missuppfattning om gällande riktlinjer.

Andra ärenden rörde missnöje med vård och behandling för egen och anhörigs del.

Alla ärenden har nogsamt utretts och i samtliga fall har det återkopplats till patienten via Patientnämnden.

Från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) inkom två anmälningar där anhöriga till avlidna patienter ifrågasatt bl a medicinering och behandling av sina anhöriga. En grundlig utredning gjordes i bägge fallen av Medicinskt ansvarig läkare vid Näsets Läkargrupp. IVO bedömde att det inte i något av fallen hade begåtts misstag av Näsets Läkargrupp.

c. Klagomål och synpunkter

Utöver ovan avvikelserrapporter registrerade vi ca **50** samtal eller skriftliga meddelanden från patienter eller anhöriga och där det framförts klagomål eller synpunkter. Huvuddelen av dessa synpunkter inkom via hemsidans mailadress, kontakt@nlg.nu.

Majoriteten av dessa klagomål/synpunkter kopplades till kategorin *vård/ behandling*, dvs man uttryckte på något sätt sitt missnöje med den vård och behandling man erbjudits. T ex missnöje med att inte få önskad sjukskrivning eller medicinering förskrivna.

Några patienter var inte nöjda med tiden det tog att t ex bli uppringd av läkare för att få provsvar. Andra hade synpunkter på vårt arbetssätt och våra rutiner.

Vi återkopplar alltid på något sätt (via telefonsamtal eller skriftligen) till dem som hör av sig. I de allra flesta fall har patienterna full förståelse och uppskattar när vi förklarar hur vi arbetar och också måste arbeta. Vi är i många fall beroende av andra enheters återkoppling t ex provsvar från olika laboratorier och där vi inte kan påverka tiden det tar.

d. Övriga förändringar/insatser relaterat till patientsäkerhet

Covid 19 – Organisation och patientsäkerhet

Näsets Läkargrupp har som samhället i övrigt påverkats starkt av den rådande pandemin som startade tidigt 2020. Vi har ställt om vår verksamhet så att både patienter och personal skall kunna känna sig trygga och få den behandling som tillståndet kräver.

- Mottagningsverksamheten har omstrukturerats efter hand som pandemin fortskridit och riktlinjerna från Region Skåne förändrats. Merparten av tiden har vi koncentrerat flödet så att patienter med luftvägssymptom och/eller misstanke om Covid 19 endast tagits emot på huvudenheten, Omtankens Hus. Sjuksköterskorna i telefonrådgivningen triagerar varje patient och hänvisar till rätt del av mottagningen. Patienter med luftvägssymptom eller misstanke om Covid 19 välkomnas in, en och en, via en bakdörr och i en avskild del av mottagningen tas dessa patienter omhand av personal med skyddsutrustning. Vid huvudingången finns tydliga anslag om att inte gå in på mottagningen utan att istället ringa på klockan för att påkalla uppmärksamhet vid dörren.
- För att skydda personalen som arbetar i våra receptioner har vi satt upp skyddande plexiglas. Alla patienter erbjuds munskydd när de anmäler sin ankomst i receptionen. Personalen bär alltid visir och munskydd vid patientnära kontakt. Allt enligt instruktioner från Smittskydd och Region Skåne.
- Vi öppnade tidigt under året upp en telefonlinje (Covidlinjen) enbart för frågor kring Covid-19.

- Tidigt under pandemin genomförde vi en riskanalys relaterat till Covid 19. Denna analys återupprepades under våren 2021.

Covid-19 – Vaccinationsuppdrag

I januari 2021 påbörjades vaccinationen mot Covid-19. Vaccinationsverksamheten var initialt förlagd till mottagningen i Skanör och Specialmottagningen i Höllviken. Sedan mitt 2021 har verksamheten koncentrerats till Specialmottagningen i Höllviken.

Projektet har varit resurskrävande på många sätt och ca 40 personer har timanställts för att klara uppdraget utöver ordinarie verksamhet.

Vid varje vaccinationstillfälle har vi personal i entrén som registrerar patienterna, erbjuder munskydd och ser till att alla som skall vaccineras fyller i sin hälsodeklaration. I bakgrunden finns personal som bevakar tidboken och som är beredda att ringa in nya patienter i fall då någon uteblivit. Vi har mestadels haft flera sk vaccinationsspår, där sjuksköterskan tagit emot patient var femte minut, gått igenom hälsodeklarationen med patienten och vid behov konsulterat vaccinationsläkaren. En koordinerande sjuksköterska har övergripande ansvar och leder den dagliga verksamheten.

Administrationsavdelningen har utökats för att klara all logistik kring bemanning, tidbokning, kommunikation både internt och extern (hemsida, 1177.se, telefon) samt inte minst beställning och leverans av vaccin.

Äldremottagning

Under året som gått har vi inlett samarbete med Minneskliniken och ingår i ADetect studien. Det innebär att personalen på Äldremottagningen utför minnesutredningar inom studien vilket också lett till att patienterna fått en snabbare handläggning och utredning.

14. Mål för kommande år

Vårt mål är att fortsatt arbeta på ett sätt som alltid sätter patienten i fokus och där patientsäkerheten är avgörande och av högsta prioritet. För att nå dessa mål kommer vi bland annat att:

- öka tillgängligheten i vår telefon så att alla som söker oss får kontakt.
- lägga mer resurser på våra äldre och försöka öka antalet Läkemedelsgenomgångar. För de patienter som kräver vårdplanering kommer dessa att ses över årligen.

Patientsäkerhetsberättelse 2021

- på uppdrag av Region Skåne identifiera patienter med svår psykisk sjukdom så att vi kan öka antalet hälsokontroller för denna patientgrupp och på så sätt utesluta andra svåra sjukdomar.
- fortsätta på vårt inslagna spår att rapportera alla avvikelser (oavsett svårighetsgrad) utreda och följa upp dem så att rutiner och instruktioner förbättras. För innevarande år kommer specifikt fokus att läggas på "bemötande".
- ytterligare öka kompetensutvecklingen för personalen. Alla yrkeskategorier kommer att erbjudas utbildning efter behov och resurser.