



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-28, Katja Frank, Kvalitetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser	16
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador	17
Riskanalys	18
Mål och strategier för kommande år	18

Sammanfattning

- Mål inom patientsäkerhet har koppling till resultat från tidigare år då PR Vård arbetar aktivt med resultatuppföljning och följer statistik för avvikelser som ger indikation på vilka utmaningar som ligger inom målområden som ständigt behöver vara i fokus och ständigt förbättras. Inom alla delar av verksamheten har ansvariga chefer, ledare och administrativ personal tillsammans vidtagit en mängd åtgärder och jobbar med flera projekt och initiativ för att utveckla verksamheten och förbättra patientsäkerhet.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits omfattar bl.a. områden som:
 - Nya arbetssätt för att bilda lag/team där personalen blir indelade i mindre grupper efter geografiska område och har ansvar för patienterna inom tilldelade områden.
 - Koppling mellan arbetssätt och kompetensutveckling hos medarbetarna för att öka förståelsen för arbetet med ständiga förbättringar.
 - Kontinuitet genom förbättrad rekrytering och bemanning av undersköterskor samt ökad andel av fastpersonal, inkl. sjuksköterskor.
 - Genomgång och uppföljning av viktiga rutiner och policys.
 - Team/lagkänsla och samarbetsvillig atmosfär där alla tar ansvar för varandra och erbjuder sin hjälp när så behövs.
 - Rekryterings- och introduktionsprocesserna där introduktion handleds av utsedda personer och följs upp med den nya medarbetaren och handledare.
 - Delegeringar som har förtydligats och kompletterats med praktiska moment, utbildning och uppföljning.
 - Rollerna som är väldefinierade och avgränsade till befattningar.
 - Utbildningar och återkoppling på genomförd kunskapstest.
- De viktigaste resultaten som uppnåtts är bl.a.:
 - Stärkt samarbete, kontinuitet för patienter och medarbetare genom ökat eget ansvar, bättre kompetens.
 - Ökad medarbetarnas delaktighet i arbetet med ständiga förbättringar genom att själva resonera sig fram till lösningar och ta ansvar för dessa.
 - Ökad medarbetarnas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet genom att avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar och kvalitetsutvecklingstider.
 - Rekrytering och bemanning har fungerat väl och vakanser för undersköterskor har minskat, andelen av fastpersonal har ökat.
 - Frisktal har ökat.
 - Introduktion och uppföljning har förbättrats genom en förbättrad och tydligare kommunikation i hela rekryterings- och introduktionsprocessen.
- Under 2020 utökar PR Vård sin verksamhet där genomförande av uppdraget inom hemsjukvård omfattar även dagtid. Målet är att bibehålla hög patientsäkerhet, vilket ska säkras under ansvar av ett kvalificerat uppstarts-team och ett antal definierade faser med kontrollpunkter mellan varje.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Under 2019 har arbetet med övergripande mål och strategier pågått under en längre tid i syfte att se över och skapa ramar för PR Vårds nuvarande och framtida verksamhet, där patientsäkerhet är ett av de fyra bestående perspektiven. De andra tre är affärer, medarbetare och ständiga förbättringar.

Ledningsgrupperna på strategisk och operativ nivå har jobbat fram långsiktiga och kortsiktiga mål för verksamheten, där långsiktiga målen inom patientsäkerhet är som följer nedan:

Perspektiv	Långsiktiga (övergripande) mål
Patientsäkerhet	PR vård ska ge patienten säker och trygg vård med hög kontinuitet .
	Patienterna ska alltid uppleva gott bemötande .
	PR Vård ska vara och upplevas som tillgängliga för kontakt med kunder/patienter.
	Patientsäkerhetsarbete ska omfatta tydliga kommunikation och rapportering , arbetssätt och stöd.
	Alla medarbetare ska ha kunskap om gällande rutiner (baserade på lagar och förordningar), följa dessa och rapportera avvikelse r (läkemedelshantering omedelbart).
	Alla medarbetare ska jobba riskförebyggande , dvs. vara medvetna om riskerna, förstå, bedöma och hantera riskerna i arbete (patient).
	Alla medarbetare ska omfattas av introduktions- och kompetensutvecklingsprogrammet anpassat efter roll/befattning.

Under året genomfördes planeringsdagar på enheterna med genomgång av företagets mål och resultatet från medarbetarenkäten.

Mål inom patientsäkerhet har koppling till resultat från tidigare år då PR Vård

arbetar aktivt med resultatuppföljning och följer statistik för avvikelser som ger en indikation på vilka utmaningar som ligger inom målområden för patientsäkerhet och att det är dessa målområden som ständigt behöver vara i fokus och ständigt förbättras.

Under året har PR Vård även infört mätning och uppföljning av kundnöjdhet där målområden som tillgänglighet, gott bemötande, kommunikation och personalens kompetens mäts och följs upp. Mätningen har visat mycket goda resultat.

Strategiskt under året har PR Vård startat flera initiativ, projekt och aktiviteter för att nå målen. Exempelen är många inom de olika delarna av verksamheten, några av dem är telefonprojektet (tillgänglighet), olika typer av utbildningsinsatser för både klinisk och administrativ personal, införande av en central patientsäkerhetsgrupp, nattprojektet i flera faser, insatser kring att förenkla och förbättra våra rutiner, flera insatser för att förbättra planering och bemanning, en mängd aktiviteter för att anpassa våra system till att stötta verksamheten på bästa sätt och många fler.

Under året har PR Vård påbörjat ett långsiktigt arbete med att systematisera, strukturera, forma enhetliga arbetssätt där det skapar värde för patienter och medarbetare, styra och leda företaget utifrån kvalitetssäkrade statistiska underlag samt ständigt förbättra istället för att förändra. Vi har en lång resa framför oss och vi har varit lite för ambitiösa. Under 2020 behöver vi jobba mer fokuserat, i lugnare takt, ta "ett varv till" med allt nytt som har tillkommit och bli bättre på kommunikation och uppföljning.

Organisation och ansvar

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

VD:

- har det yttersta ansvaret för verksamheten i PR Vård Hemsjukvård. Detta omfattar såväl medicinskt som ekonomiskt ansvar.

Verksamhetschef:

- har befogenheter att inom ramarna för befintligt avtal, lagar och förordningar samt uppsatta resultatmål driva verksamheten.
- har ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården.
- tillser att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredsställande sätt.
- har ansvar för att det finns direktiv och instruktioner som verksamheten kräver och att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata utbildningsinsatser.
- ansvarar för att företagets Kvalitets- och Miljöledningssystem följs

och anpassas till de lokala förutsättningarna.

Kvalitetschef:

- har ansvaret för att säkerställa att kvalitetsledningssystemets processer upprättas, införs och underhålls.
- har ansvaret för att rapportera till företagsledningen om kvalitetsledningssystemets funktion och behov av förbättring.
- säkerställa att organisationen känner till aktuella lagkrav.

Enhetschef:

- har ansvaret att samordna vårdtagarnas behov av hälso- och sjukvård och att patienter blir tillgodosedda rätt medicinsk insats.
- har ansvar för att fullfölja de medicinska ledningsuppgifter som fördelats från verksamhetschef.
- har det övergripande ansvaret att på respektive enhet upprätta arbetsrutiner som till det yttersta säkerställer patientsäkerheten och ger grund för ett målmedvetet och strukturerat kvalitetsarbete.
- ansvarar för ett kontinuerligt informationsutbyte och god samverkan med uppdragsgivare, samverkanspartners och vårdgrannar.
- har det övergripande ansvaret för lokal, inventarier och utrustning på respektive enhet.
- har det övergripande personalansvaret för all anställd personal på respektive enhet.
- Har det övergripande ansvaret för egenkontroller på enheterna.

Samordnande sjuksköterska/Enhetsledare:

- deltar i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet på olika sätt, antingen som internrevisorer, deltagare i patientsäkerhetsgruppen, dokumentationsansvariga, handläggare och utredare av avvikelser etc.
- har ansvaret att samordna patienternas behov av hälso- och sjukvård och att patienter blir tillgodosedda rätt medicinsk insats vid rätt tidpunkt.

Medarbetare:

- aktivt medverka i verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- följa verksamhetens rutiner och policys.
- rapportera eventuella risker, avvikelser och tillbud.

Vid störningar i verksamheten ska patientsäkerhet, kvalitet och miljö prioriteras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdcentraler:

Samverkansöverenskommelse undertecknas årligen mellan PR Vård och vårdcentralerna/husläkarmottagningarna i upptagningsområdet. Den följer en överenskommen mall och omfattar de punkterna som krävs för att kunna ge patienter en säker vård, bl.a.:

- Rapportering av patient
- Riskbedömning inför inskrivning
- Bekräftelse på mottagande av information
- Meddelande vid patientförändring
- Utskrivning av patient från PR Vård
- Samarbete i överlappningstider
- Nycklar till patienterna
- Läkemedelshantering (flera delar)
- Sjukvårdsmaterial hemma hos patient
- Hantering av stickande/skärande/smittförande avfall
- Vård i livets slut
- Vårdplanering
- Handläggning vid dödsfall
- Avvikelsehantering

Under samverkansmöten, som har en fast agenda utifrån punkterna ovan, diskuteras förbättringsområden inom enskilt och gemensamt ansvar för patient-säkerhet. Här samlas även in svar om kundnöjdhet, dvs. vårdcentralerna/husläkarmottagningarna svarar på frågor om PR Vårds utförande av sitt uppdrag (tillgänglighet, bemötande, kommunikation och kompetens). Frekvens för samverkansmöte varierar och avgörs av behoven att diskutera enskilda patientärenden och/eller avvikelser.

Kontakt i patientärenden med distriktsköterskorna på respektive vårdcentral sker dagligen.

PR Vård samverkar med alla vårdgrannar i patientärenden: hemtjänst, kommuner/stadsdelar, Vårdguiden 1177 (Medhelp), jourläkare, trygghetsjouren etc.

Under året har samarbetet med 1177 haft större fokus i samband med PR Vårds telefoniprojekt som syftade till att få ”ett nummer in” för kontakter med PR Vård. Även avvikelserapportering har diskuterats med 1177.

PR Vård har gott samarbete och goda relationer med vårdcentraler. Viktig framgångsfaktor för samverkan är hög tillgänglighet. Vi har aktivt sökt upp nyöppnade vårdcentraler för att informera om uppdraget.

Några från PR Vård har deltagit i workshops vid införandet av LUS tillsammans med andra vårdgivare vid två tillfällen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När patienter skrivs in i PR Vård Hemsjukvård får de vid första besöket ett informationsblad om verksamheten med telefonnummer till tjänstgörande sjuksköterska samt enhetschef som patienten kan lämna sina synpunkter och klagomål till. Första besöket genomförs alltid av en sjuksköterska som samlar in patientens förväntningar för att säkerställa att båda parter är överens.

En riskbedömning genomförs ur patientsäkerhetssynpunkt utifrån en fastställd mall för att identifiera risker kopplade bl.a. till läkemedelshantering, material/utrustning, kontaktuppgifter, säkerhet etc.

Patienter har alltid möjlighet att påverka den vård de får. Ett arbete som är fortgående är att alltid göra patienter delaktiga i avvikelshantering. Det innebär att alltid prata med berörd patient om det som har inträffat, och i möjligaste mån se om patienten kan se orsaker eller lösningar på vissa problem, samt att återkoppla de åtgärder som har vidtagits.

Vi har kontinuerlig kontakt och återkoppling med patienter och närstående när tveksamheter kring hembesök har uppstått.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Medarbetare rapporterar avvikelser (risk, tillbud och negativa händelser) i avvikelshanteringssystemet Flexite som stödjer alla steg i processen för avvikelshantering. Avvikelser kan rapporteras av alla medarbetare och tas emot av en ansvarig på enheterna. Enhetschefer och enhetsledare/samordnande sjuksköterskor ansvarar för att analysera avvikelserna, föreslå/vidta åtgärder och genomföra en uppföljning för att säkerställa att åtgärderna har haft en avsedd effekt.

Den som har rapporterat in avvikelserna får återkoppling varje gång status på avvikelserna ändras, via e-post. Påminnelser skickas till ansvariga för att analys, åtgärder och uppföljning ska ske inom avsatt tid. Månadsrapport om avvikelser för föregående månad skickas ut till alla ansvariga enhetschefer med en sammanställning och en detaljerad lista med avvikelser.

Avvikelser finns alltid med som punkt på APT och hemsjukvårdsmöten inom verksamheten. Vikten av att rapportera risker tas kontinuerligt upp med medarbetarna. Utbildning i avvikelshantering är en återkommande utbildning för all klinisk personal där rapporteringsskyldighet tas upp som en punkt. Utbildning i avvikelshanteringssystemet finns tillgänglig som en inspelad film för alla att se.

Patient och anhöriga är delaktiga i de avvikelser som dokumenteras via samtal eller deltagande i risk och händelseanalyser.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer till respektive enhet, från anhöriga eller vårdcentral, hanteras av enhetsledare och skrivs in i PR Vårds avvikelssystem Flexite.

En bekräftelse på att avvikelsen har mottagit, skickas till berörd part.

Klagomål som kommer från IVO eller PaN, hanteras av kvalitetsadministratör på PR Vård och skrivs in i PR Vårds avvikelssystem Flexite, samt i en registerförteckning för IVO och PaN. Därefter informeras berörd enhet, med datum när svar till berörd instans ska återges. Enhetschef gör vid behov en händelseanalys. Om IVO/PaN begär mer underlag i ärendet från PR Vård, samlas det ihop av kvalitetsadministratören och skickas till IVO och/eller svar till PaN.

Samtliga steg i processen skrivs ner i registerförteckningen, och finns beskrivna av interna Handboken Patientsäkerhet.

Egenkontroll

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

PR Vård har genomfört de olika typerna av egenkontroll under året enligt nedan:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Riskbedömning hemma hos patient	Första besöket efter inskrivning	Riskbedömning och uppföljande riskbedömningar (tre veckor, därefter en gång om året)
Basala hygienrutiner och klädregler (hygienmätning)	1 gång per år	Självskattningsformulär (första besök under arbetsdagen)
Journalgranskning	2 gånger per år	Protokoll
Kompetenstest (delegering, bl.a. Im-listor)	1 gång per år	Testresultat/erhållen delegering
Avvikelser	Minst 1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Lagefterlevnadskontroll	2 gånger per år	Lagportalen/lagdatabasen, internrevisionsrapport
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

Ledningens genomgång	1 gång per år	Protokoll
Internrevisioner	2 gånger per år	Rapporter

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2019 har arbetet med PR Vårds värdegrund och mål fortsatt ute i verksamheten och bl.a. arbetsmiljö har varit i fokus som en del av patientsäkerhetsarbetet. Här kommer en sammanfattning av de olika åtgärderna och aktiviteterna som enhetscheferna har bedrivit:

- Arbetet med PR Vårds mål för gott bemötande, kontinuitet, kommunikation samt lagandan och teamarbetet. Olika aktiviteter har tagits fram, bl.a. nya arbetssätt att bilda lag/team där personalen blir indelade i mindre grupper fördelade efter de geografiska områdena. Varje lag/team ansvarar för fördelning av slingor mellan medarbetarna. Detta har lett till ett stärkt samarbete, kontinuitet för patienter och medarbetare genom ökat eget ansvar, bättre kompetens samt kännetecken om varje enskild patient.
- Arbetet med att höja patientens upplevelse av kontinuitet och god, säker vård. Vi har jobbat med att koppla arbetssätt till kompetensutveckling hos medarbetarna och ökat förståelsen för arbetet med ständiga förbättringar. Medarbetarna får själva uttrycka behov av förbättringsområden och diskuterar fram vägen mot ökad kunskap.
- Kontinuitet för både patienter och medarbetare har förbättrats i och med att rekrytering och bemanning av undersköterskor har fungerat. Vi har jobbat med målet att öka andelen av fastpersonal, inkl. sjuksköterskor.
- Efterlevnaden av viktiga rutiner och policys följts upp på rapporter, APT och kvalitetsutvecklingstider (KUT). Kortare utbildningar, filmer, genomgång av medicinteknisk utrustning, handböcker genomförs under KUT.
- Arbetet med att skapa en god och samarbetsvillig atmosfär där alla tar ansvar för varandra och erbjuder sin hjälp när så behövs. Frisktal har ökat.
- Introduktion och uppföljning har förbättrats genom en förbättrad och tydligare kommunikation i hela rekryterings- och introduktionsprocessen. Introduktion handleds av utsedda personer. Uppföljning sker genom enskilt samtal både med den nya medarbetaren och handledare. Samtliga introduktionstillfällen har följts upp.
- De delegerade arbetsuppgifterna har förtydligats och man har även kompletterat redelegeringar med praktiska moment för att säkerställa tillräcklig kompetens. Delegering kombineras med utbildning och uppföljning av de moment som medarbetaren behöver extra stöd för.
- Rollerna har förtydligats och är nu väldefinierade och avgränsade till befattningar.

-
- Utbildningar har genomförts enligt företagets gemensamma utbildningsplan. Flera undersköterskor har fått en individuell handledning och utbildning under ett helt arbetspass. Detta resulterade i förbättrad kompetens och fler delegeringar.
 - Medarbetare har fått skriftlig återkoppling på genomförd kunskaps-test, där kunskapsområden med förbättringspotential kan identifieras och åtgärdas. De medarbetare som är i behov av extra utbildning har erbjudits detta.
 - Personalens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet har ökat. Veckans avvikelser har diskuterats på arbetsplatsträffar och kvalitetsutvecklingstider.

Riskanalys

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

Riskanalys genomförs enligt mall när verksamheten planerar förändringar som kan påverka patientsäkerheten, eller i de fall där det uppmärksammas en risk för patient som kunde ha lett till vårdskada. Flera typer av riskanalyser har genomförts under året, bl.a. riskanalyser gällande läkemedelshantering, införande av lag/team med ansvar för patienter inom geografiska områden, samt riskanalyser i flera projekt.

PR Vård genomför riskbedömningar vid första besök hemma hos patient, med uppföljning 3 månader efter. Dessa riskbedömningar är av två typer – patient, där patientsäkerhetsrisker bedöms och personal, där arbetsmiljörisker bedöms. Då patientsäkerhet påverkas av arbetsmiljö har vi t.ex. minimerat riskerna för belastningsskador vid monotona rörelser.

Åtskilliga riskanalyser har genomförts i samband med införandet av en gemensam nattorganisation, där fysiskt besök till samtliga enheter samt praktisk genomgång av lokal utrustning har erbjudits för nattpersonalen.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har vi haft tillbud i förväxling av tidpunkt för administrering av insulin vid två tillfällen. Händelseförloppet för dessa har analyserats genom intervjuer med medarbetare, vårdcentral samt patient och anhörig.

Analysresultatet har redovisats för alla medarbetare på APT.

Lärdomen har varit att alltid följa gällande rutin och att om man blir distraherad så måste man börja om från början.

Vi har haft tre negativa händelser som hade kunnat medföra vårdskada där patienter har fått snabbverkande insulin i en felaktig dos, istället för långtids-

verkande. Analyserna har visat att det har funnits två insulinpennor i samma låda hemma hos patienten. Pennorna har liknande färg och personalen har tagit fel. Lärdomen är att vara observant, läsa noga i besöksbeskrivningen, medicinlistan och säkra ”rätt” insulinpenna, speciellt om det finns två stycken. Följande åtgärder har vidtagits:

- Utbildning av en diabetessjuksköterska internt i arbetsgruppen.
- Kommunikation med vårdcentralerna som har medicinska ansvaret att förvara insulinpennorna på ett sätt som minskar risken att man tar fel.
- Förtydligande i besöksbeskrivningen om vilka insatser som ska utföras hos patienterna.

Vi har fått in en anmälan från patient om att hembesök för omläggning av stomi inte har genomförts. Patient har försökt att nå PR Vård utan att komma fram per telefon. Analys har visat att hembesök har avbokats av misstag av medarbetare som vanligen inte utför dessa uppgifter. Som åtgärd infördes en rutin att det endast är koordinatörer som ska skriva in- och ut patienter.

En anmälan från närstående till patient har kommit in om att en medarbetare brustit i bemötande och att överenskomna tidsramar inte hållits. Framkom även att närstående haft svårt att få kontaktuppgifter till PR Vård från hemsidan. Det ledde till att patienten fick hjälp senare än planerat samt att närståendes handlingsfrihet begränsades. Som åtgärd genomfördes och fortsätter utbildningsinsatser för att förbättra bemötande. Vi säkerställde att samtliga patienter har aktuella kontaktuppgifter till PR Vård i hemmet.

En anmälan har kommit in från annan vårdgivare om förväxling av patient i hemmet vilket ledde till att patienten som inte längre var inskriven hos PR Vård fick administrering av insulin. Denna patient hade redan fått ordinerad dos av annan vårdgivare. Patienten lades in för behandling. Som åtgärd genomfördes och fortsätter utbildningsinsatser, genomgång av rutiner i Handbok Hembesök. Vid varje delegeringstillfälle går man igenom vikten av ID-kontroll samt praktiska exempel på hur det kan genomföras vid hembesök.

En annan anmälan kom från närstående till patient med operationssår efter knäplastik. PR Vård gjorde hembesök fredag kväll för administrering av blodförtunnande injektion, då noterades inget avvikande i patientens tillstånd. Dagen därpå blev patienten kraftigt försämrad och en sårinfektion upptäcktes och patienten skickades in för slutenvård. Komlicerat eftervårdsförlopp. Analysen har visat på ett otydligt beställningsunderlag som borde inte ha tagits emot utan kompletterande information.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

1. När det gäller uppföljningar av informationssäkerhet, har PR Vård sett över både sina rutiner, fysisk säkerhet och informationssäkerhet. Rutin Säkerhet och informationssäkerhet har tagits fram och all administrativ personal har fått en genomgång av eget ansvar och arbetssätt för att skydda patientdata, personuppgifter samt informationstillgångar som kan innehålla dessa.

2. Riskanalyser har gjorts inom fysisk säkerhet efter incidenter med obehörigas tillträde. Tekniska säkerhetsåtgärder har vidtagits enligt det som var praktiskt genomförbart och ekonomiskt möjligt. Kommunikation om riskerna och åtgärderna har gått ut till medarbetarna.

3. Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten är dels nya rutiner för Skyddad identitet, Arkivering och gallring, Journalgranskning, Nyckelhantering, samt för arbete i våra system som innehåller patientdata och personuppgifter. I och med att vi har skapat en förteckning för behandling av personuppgifter, har vi fått bättre förståelse för och kontroll över vilka personuppgifter som vi behandlar och vilka regler för arkivering och gallring som gäller för dessa.

4. När det gäller utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem, görs detta i samarbete med vår IT leverantör som vi har stärkt samarbetet med under året. Vi har bl.a. infört IT-rådet med ledningens representanter från PR Vård och IT leverantören där både strategiska och operativa frågor rörande IT-miljö, säkerhet och informationssäkerhet tas upp. Vi har även ställt krav på kvartalsredovisningar av bl.a. risker samt eventuella incidenter rörande säkerhet och informationssäkerhet, som har påbörjats. Vi har också deltagit i projektet för ökad informationssäkerhet som bedrivs av Region Stockholm genom att öppet svara på frågor och utmaningar inom detta område under en intervju 2019-11-22.

5. Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genomförs enligt rutinen och mallen för journalgranskning.

Journalgranskning sker strukturerat, i slumpmässigt valda patientjournaler där gruppen som består av både sjuksköterskor och undersköterskor (fyra till sex personer) tillsammans tittar igenom varje journal och granskar dess innehåll för att identifiera förbättringsområden och säkra dokumentation. Dokumentationssansvarig, utsedd av enhetschefen på varje enhet med det övergripande ansvaret för journalgranskning, sammankallar granskningsgruppen. Journalgranskning genomförs 2 gånger årligen på varje enhet.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Trygg vård och hög kontinuitet	Patienter ska inte drabbas av undvikbara vårdskador.	Rekrytering av SSK och USK för att bli fulltliga och arbete med kontinuitet både för medarbetare och patient. Införande av lag/team genom att dela in patienter och medarbetare i mindre grupper för ökat ansvar.	Fler fastanställda, mindre behov av externa resurser, färre vakanser. Patienten träffar färre medarbetare.	Genom högre kontinuitet har patientsäkerheten ökat. Medarbetarna är mer observanta på risker och har ett mer uttalat konsekvenstänk. Medarbetaren känner ökad trygghet genom att tillhöra ett geografiskt område som man tar ansvar för. När medarbetare blir ”specialister” på sina patienters behov, ökar patientsäkerhet.
Gott bemötande	Alla avvikelser rörande bemötande ska utredas och kommuniceras till medarbetare.	Stående punkt vid varje tänkbart tillfälle (APT, KUT och rapport). Avvikelse tas upp även direkt enskilt och i grupp. Diskussion sker om hur man kunnat göra istället.	Medvetenhet om bemötandets betydelse har ökat. Avvikelse rörande bemötande har minskat. Medarbetare delar med sig av sina erfarenheter i hur de har löst en problematisk situation.	Genom att fokusera på det positiva, har bemötande blivit något positivt för alla att sträva efter. Genom att vi tänker på hur vi uppträder, skapar det en ökad patientsäkerhet och tillit. Genom diskussion och medbestämmande blir medarbetare ”ägare” av problem och kommer fram till lösningar gemensamt.
Tillgänglighet	Målen för Telefonprojektet ska vara uppfyllda – ”Ett nummer in”.	Starta och genomföra Telefonprojektet med ett nytt växelsystem och ny leverantör.	Projektet genomfördes och avslutades med uppfyllda mål. Några störningar fanns vid övergången till en ny växel som alla åtgärdades.	Många lärdomar från projektet, bl.a. behov av en förvaltningsorganisation för telefoni, bättre samordning och kommunikation med andra pågående projekt, bättre stöd för projektet.

Tydlig kommunikations och rapportering	SBAR-struktur för kommunikation ska införas på PR Vård 2020.	Projektet har inte påbörjats än men förberedande arbetet är inlett.	-	-
Efterlevnad av rutiner samt rapportering av avvikelser	Rutiner ska tas fram, godkännas och implementeras enligt en fastställd process Dokumentstyrning. Avvikelse ska rapporteras, analyseras, åtgärdas samt användas till förbättringar enligt en fastställd process Avvikelse.	Se över och förbättra processerna. Starta en remissgrupp med representanter från flera delar av verksamheten som säkerställer att rutiner uppdateras systematiskt och kan praktiskt fungera i verksamheten. Starta en central patientsäkerhetsgrupp med representanter från flera delar av verksamheten som föreslår och genomför förbättringar inom prioriterade områden enligt beslut från operativa ledningsgruppen, utifrån analys av PR vårdens totala avvikelser.	Båda processerna: Dokumentstyrning och Avvikelse har setts över och uppdaterats enligt målet. Båda grupperna, där både enhetsledare/samordnande sjuksköterskor och undersköterskor samt kvalitetsfunktionen ingår, har startats upp. Fokus inom patsäkgruppen, efter analys av avvikelserna, har riktats på läkemedelshandling, som kommer att bibehållas under 2020. Beslut om att införa ett nytt modernare och anpassat efter behoven avvikelsehanteringssystemet tagits. Enheterna har aktivt arbetat inom båda processerna.	Påbörjade arbetet för att skapa förutsättningar för medarbetare att följa rutiner och rapportera avvikelser behöver fortsätta under 2020. Uppföljning av båda processerna och gruppernas arbete (Remissgruppen och Patsäkgruppen) behöver stärkas. Kommunikationen om nya och uppdaterade rutiner behöver strikt följa processen Dokumentstyrning.
Aktivt riskförebyggande	All klinisk personal ska vara utbildade i riskhantering.	Vi har inte genomfört en specifik utbildning i riskhantering under året. Flera andra utbildningar har fått prioriteras, bl.a. i avvikelsehantering, där identifiering och rapportering av risker ingår.	-	-

Introduktion och kompetensutveckling	Kompetensutvecklingsinsatser ska vara planerade, genomförda, registrerade och rapporterade enligt en fastställd process.	Vi har jobbat med att se över och fastställa båda processerna: Introduktion och Kompetensutveckling. Delegeringar har kompletterats med praktiska moment, utbildning och uppföljning. Utbildningar för klinisk personal har planerats, genomförts och rapporterats. Flera utbildningar för administrativ personal genomfördes utöver planen, bl.a. projektledning, säkerhet/informationssäkerhet, arbetsrätt.	Resultat av alla insatser för kompetensutveckling kommer att följas upp under 2020.	Vi har fortfarande utmaningar inom Introduktion pga. organisatoriska och strukturella hinder där hantering av användarkonto och behörigheter till alla system för bl.a. nyanställda behöver nya lösningar. Detta är planerat för åtgärd februari 2020.
---	--	---	---	--

Avvikelser

Se tabell 1 och 3 längst ner i dokumentet. Tabell 2 visar antal insatser som referens.

Under året har alla medarbetare uppmanats till att skriva avvikelser och deras betydelse i arbetet med ständiga förbättringar.

PR Vård har analyserat sina avvikelser och sett att flest avvikelser berör bristande läkemedelshantering, bl.a. i samband med administrering. Orsaken var till största delen att man inte har följt rutiner och riktlinjer, t.ex. man har missat att läsa uppdrag, gå igenom läkemedelslista, glömt att signera utfört uppdrag hos patienten eller glömt att ge läkemedel trots signering samt inte uppmärksammat att patient både har läkemedel ifrån dosett och apodos.

Åtgärderna som har vidtagits är flera utbildningstillfällen för personalen under temat läkemedelsadministration och dokumentation, genomgångar vid rapporten av vikten av att kunna fokusera på uppgiften vid överlämnande av läkemedel. Enskilda samtal har genomförts i syfte att skapa förståelse för vad som har skett och vilka insatser som behöver vidtas. Dessa åtgärder har innefattat utbildning och uppföljning. Vi har även påmint om vikten av att läsa på om uppdragen innan besöket samt att man kontrollerar att alla uppgifter är utförda innan man lämnar patienten.

Under utbildningsdagar har vikten av att läsa på om uppgiften innan man utför besök har tagits upp samt att man kontrollerar att alla uppgifter är utförda innan man lämnar patienten. Medarbetare har fått se hur en avvikelse hanteras, hur analysen går till och vad man gör av resultatet. Man har fått möjlighet att reflektera över varför en avvikelse har uppkommit och ge förslag på lösningar.

I samverkan med vårdcentralerna pågår diskussioner om hur avvikelser inom läkemedelshantering ska kunna minimeras.

Klagomål och synpunkter

Se tabell 4 längst ner i dokumentet.

PR Vård har mottagit flera klagomål från närstående/patienter och hanterat direkt. Enhetschef, enhetsledare och samordnande sjuksköterska har genomfört utredningar, uppföljande samtal för att säkerställa att vidtagna åtgärderna haft effekt eller vårdplaneringar för att besvara synpunkter från patienter och närstående.

Den lärdom som kom till vid Lex Maria fallet var att nattens arbetssätt och organisation behövde ses över. PR Vård startade därför Nattprojektet som har pågått under flera omgångar i syfte att utvärdera, identifiera risker och orsaker till brister samt genomföra förbättrande åtgärder inom intern och extern kommunikation, interna beställningar av ärenden, roller och ansvar, schema och arbetsmiljö etc.

Lärdomar under året har varit att bemöta patienter och närstående med största respekt. Vi validerar deras känsla för att patient/närstående ska förstå att vi tar alla synpunkter på yttersta allvar.

Händelser och vårdskador

Genom en samlad analys och utredningar har vi fått flera viktiga lärdomar. Flera händelser har pekat på att vårt arbete med att tydliggöra roller och ansvar är viktigt i patientsäkerhetssammanhang. Vi vet och blir påmind om att lättförståeliga och tydliga rutiner är en förutsättning för att vi ska utföra vårt uppdrag patientsäkert och vi behöver fortsätta att jobba aktivt med att kommunicera om rutiner, uppdateringar i dessa samt vikten om att följa dessa.

Vi har sett att vi behöver fortsätta med kompetensutvecklingsinsatser och lägga ännu mer fokus på delegeringsförfarandet där vi har möjlighet att praktiskt gå igenom moment avgörande för patientsäkerhet.

Vi behöver även ställa krav på varandra, våra samarbetspartner och alla som vi samverkar med i patientärenden och vara tydliga i vår kommunikation och

informationsöverföring. Bl.a. behöver vi nyttja våra kompetenser för funktioner som kontroller, kvalitetsgranskningar och kvalitetssäkringar av underlag som är kritiska i patientsäkerhetssammanhang som t.ex. vid inskrivning.

Riskanalys

Under riskanalys gällande läkemedelshantering har vi identifierat orsaker och verkan i några fall, t.ex. om det finns oroliga eller högljudda personer i patientens närhet som kan distrahera och stressa. Denna risk resulterar i att man ofrivilligt kan hoppa över några steg i kontrollen av läkemedel. Slutsatsen som medarbetarna själva dragit är att om det händer, ska man gå tillbaka och börja om från början, steg för steg.

När medarbetare uppmärksammar en risk i arbetet, kontrollerar vi först att det verkligen är en risk. Hantering av risken beror på riskens omfattning (sannolikhet och konsekvens). Oftast är ett samtal med vårdcentralen, alternativt avvikelse till vårdcentralen, vägen till att eliminera risken. Risker kommuniceras till medarbetare som en källa till lärande.

Vi jobbar med något vi kallar gåslingor både ur hälsa- och arbetsmiljö/patientsäkerhet och miljöperspektiv. Inför införandet av gåslingor har riskanalys genomförts i varje nytt område för att säkerställa att medarbetare kan ta sig till och från start- och slutpunkt för slingan, att plats för eventuell väntetid är säker, att toalett finns tillgänglig samt att skydd för väder och nödvändig personutrustning finns. Utifrån en annan riskanalys som identifierade risken för belastningsskador och skador vid vridmoment in och ur bilar, har vi införskaffat individuella hjälpmedel som snurrplattor etc.

Åtskilliga riskanalyser har genomförts i samband med införandet av en gemensam nattorganisation på PR Vård. Vi har fått minimera och hantera risker kopplade både till organisationen, roller och ansvar, arbetsmiljö, planering och bemanning, beställningar till nattorganisationen etc. Alla delar har gått igenom och flera förändringar och förbättringar är införda och på väg att införas.

Mål och strategier för kommande år

Mål och strategier inom patientsäkerhet för kommande året är desamma på övergripande nivå, då dessa förutsätter ett långsiktigt och kontinuerligt arbete. Då insatserna under patientbesök till stora delar omfattar läkemedelshantering är det där vi ser flest avvikelser och det är där vi behöver både utmana oss själva och stärka/förtäta samverkan med andra vårdgivare och uppdragsgivare.

Vi kommer att fokusera på ständiga förbättringar inom läkemedelshantering genom bl.a. att beskriva processen och identifiera alla risker i hela processen enligt SKL analysmetod, vilket är påbörjat. Riskanalysen ger oss ett kvalitativt

underlag för att kunna skapa förutsättningar för klinisk personal att göra rätt från början och förhindra avvikelser.

PR Vård har planer på att utöka sin verksamhet där genomförande av uppdraget inom hemsjukvård omfattar även dagtid. Målet är att bibehålla hög patientsäkerhet även vid övergången till och uppstarten av heldygnsuppdraget. För att kunna uppfylla detta mål, pågår nu ett projekt, sedan hösten 2019, där övergången/uppstarten under kontrollerade former säkras med hjälp av ett kvalificerat uppstartsteam och ett antal definierade faser med kontrollpunkter mellan varje fas för att kvalitetssäkra flödet.

Strategierna för målen:

- trygg vård och hög kontinuitet,
- tillgänglighet,
- tydlig kommunikation och rapportering,

omfattar bl.a.:

- tydliga överenskommelser med vårdcentraler kring ansvarsfördelning och rutiner som regleras i avtalen,
- införande av ett beprövat arbetssätt för journalföring och kommunikation, rapportering och informationsöverföring (nytt för PR Vård),
- införande av ett nytt arbetssätt ”att kunna följa patientens väg genom vården” (bl.a. inspirerad av Socialstyrelsens rapport med samma namn),
- nya anpassade former för att planera, bemanna, genomföra och följa upp utförande av uppdraget (bl.a. Vårdteam).

Utökning av verksamheten under 2020 ställer ännu högre krav på kompetens och kunskap om befintliga och nya rutiner och uppfyllelse av målet för introduktion och kompetensutveckling. Strategierna för detta är att ha planerade, riktade, avgränsade insatser för att få alla med på banan.

Vårdavvikelser

Tabell 1 Vårdavvikelser PR Vård 2019

Avvikelsesrapport	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
Vårdavvikelser	103	136	146	139	162	122	161	180	126	135	146	144
<i>Risk</i>	86	84	100	110	112	105	97	116	86	92	101	112
<i>Tillbud</i>	63	71	73	55	67	43	88	90	60	69	71	50
<i>Negativ</i>	7	8	5	2	9	5	5	11	7	6	5	3

Tabell 2 Antal insatser PR Vård 2019

Insatser	Totalt 2019
Läkemedelsgivning	734 615
Insulingivning	177 689
Byte av kateter/tappning	13 359
Spolning av kateter	0
Omläggning	11 569

Sondmatning via pegsond	21 310
Skötsel av tracheostomier	366
Medicinsk bedömning	1 539
Kompressionsstrumpor	37 230
Ögondroppar	129 421
Peritoneodialys	20
Infusioner	2 137
Övriga injektioner	25 468
Övrigt	19 771
Totalt	1 174 494

Tabell 3 Klassificering och orsak vårdavvikelser PR Vård 2019

Tabellen sammanfattar vårdavvikelser per klassificering och orsak enligt följande:

A Kommunikation /Information	B Utbildning och kompetens	C Teknik, ut- rustning	D Omgivning och organisation	E Procedur, ruti- ner	F Orsak utreds av annan vårdgivare
---	---	---	---	--	---

	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Klassificering och orsak	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F	A, B, C, D, E, F
1.Brister i läkemedelshandling	8, 2, 1, 3, 19	12, 2, 2, 3, 19	4, 0, 1, 1, 15	13, 1, 0, 0, 15	2, 0, 1, 1, 16	6, 0, 0, 2, 8	9, 1, 0, 44, 18	6, 4, 0, 2, 18	7, 4, 1, 2, 14	24, 8, 0, 2, 20	13, 2, 0, 2, 22	1, 5, 0, 1, 12
<i>1.1 Förskrivning av läkemedel</i>	0, 0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 0, 0, 0, 1	1, 0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0, 0	4, 2, 0, 0, 1, 7	0, 0, 0, 0, 0, 3	0, 0, 0, 0, 0, 1, 1
<i>1.2 Ordination av läkemedel</i>	0, 0, 0, 0, 0, 1	2, 0, 0, 0, 1, 5	1, 0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 0, 0, 0, 0	1, 0, 0, 0, 1, 1	1, 0, 0, 0, 0, 6	0, 0, 0, 0, 1, 3	1, 0, 0, 0, 1, 1	2, 0, 0, 0, 1, 0	5, 2, 0, 0, 2, 9	1, 0, 0, 0, 0, 8	0, 0, 0, 0, 0, 1, 4
<i>1.3 Iordningställande av läkemedel</i>	2, 0, 1, 1, 1, 9	1, 0, 1, 0, 2, 5	2, 0, 0, 0, 1, 15	1, 0, 0, 0, 0, 8	1, 0, 0, 0, 0, 7	1, 0, 0, 0, 0, 3	1, 0, 0, 1, 0, 6	1, 0, 0, 0, 1, 3	1, 0, 0, 0, 0, 5	4, 1, 0, 0, 2, 13	1, 0, 0, 0, 2, 5	1, 0, 0, 0, 3, 23
<i>1.4 Administrering av läkemedel</i>	5, 1, 1, 1, 16, 6	9, 2, 2, 3, 17, 11	1, 0, 0, 1, 14, 11	10, 1, 0, 0, 14, 7	0, 0, 1, 1, 11, 6	5, 0, 0, 2, 8, 5	7, 1, 0, 3, 16, 16	5, 4, 0, 2, 18, 5	5, 4, 0, 2, 11, 9	14, 5, 0, 2, 14, 15	12, 2, 0, 2, 20, 5	0, 4, 0, 0, 9, 3
<i>1.5 Förvaring av läkemedel</i>	0, 0, 0, 0, 1, 1	3, 0, 2, 1, 3, 1	0, 0, 0, 0, 1, 3	2, 0, 0, 0, 2, 2	0, 0, 0, 0, 1, 0	0, 0, 0, 0, 0, 5	1, 0, 0, 0, 2, 2	0, 0, 0, 0, 0, 1	1, 0, 1, 0, 1, 2	1, 0, 0, 0, 3, 8	0, 0, 0, 0, 0, 4	0, 0, 0, 1, 0, 4
2 Brister i dokumentation	8, 1, 0, 2,	7, 2, 0, 0,	2, 0, 1, 0,	6, 0, 0, 0,	2, 0, 0, 0,	3, 0, 0,	3, 0, 1, 1,	2, 1, 0, 0,	3, 0, 0, 1,	8, 1, 1, 3, 7	1, 0, 1, 0,	3, 3, 0, 0,

	8	6	4	6	4	0, 3	2	4	2		3	4
3 Brister i informationsöverföring	12, 1, 0, 2, 10	9, 2, 0, 1, 9	5, 0, 2, 0, 2	8, 0, 0, 0, 8	7, 0, 0, 1, 3	4, 0, 0, 0, 1	9, 1, 0, 1, 6	12, 0, 0, 0, 3	8, 1, 1, 1, 3	20, 3, 0, 0, 6	4, 1, 2, 1, 0	5, 5, 0, 1, 6
4 Avsteg från sekretess och tystnadsplikt	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 1, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 1, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 0, 0, 0
5 Fel på eller felaktigt hanterande av medicinteknisk produkt	0, 0, 0, 0, 0	1, 1, 3, 0, 5	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 1, 1, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 1, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	1, 0, 1, 0, 0	1, 0, 1, 0, 0	0, 1, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0
6 Patientolycksfall	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	1, 1, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 1
7 Hot och våld mot patient	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0
8 Avsiktligt självdestruktiv handling (pat)	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0
9 Bristande tillgänglighet	1, 0, 0, 2, 3,	2, 0, 0, 0, 2	0, 0, 0, 0, 1	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	1, 0, 0, 2, 2	1, 0, 0, 3, 0	5, 0, 1, 1, 2	3, 1, 1, 3, 3	4, 0, 1, 0, 1	0, 0, 0, 1, 2	2, 2, 0, 4, 1
10 Bristande vård	0, 0, 0, 0, 3	0, 0, 0, 0, 1	1, 0, 0, 0, 2	2, 0, 0, 0, 2	4, 1, 0, 0, 2	1 1, 0, 0, 1	0, 1, 0, 0, 4	0, 3, 0, 0, 2	2, 5, 0, 0, 1	2, 1, 0, 0, 4	1, 1, 0, 0, 1	2, 3, 0, 1, 6
11 Brister rörande provtagning	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 0, 0, 0	0, 0, 1, 0, 0	0, 0, 0, 1, 0		0, 0, 0, 0, 0
12 Brister i kompetens	2	5		1	1		2	7	11	10	3	9

Tabell 4 Klagomål och synpunkter PR Vård 2019

Ärenden från IVO 2019	Ärenden från PaN 2019	Lex Maria ärenden 2019
<i>Totalt 5st. gällande:</i>	<i>Totalt 4st. Klagomål gällande:</i>	<i>Totalt 1st. gällande:</i>
1. Uteblivet besök och felbedömning.	1. Personalens beteende hos patient samt fel tidsintervall.	Uteblivet besök med resultat av felbedömd åtgärd till patient av sjuksköterska natt.
2. Riktad mot annan vårdgivare.	2. Uteblivet patientbesök.	
3. Kommunikationsbrist mellan vårdcentral och PR Vård.	3. Kommunikation mellan patientens vårdcentral och PR Vård, vid hemkomst från sjukhus.	
4. Kommunikationsbrist mellan vårdcentral och PR Vård.	4. Läkemedelshantering.	
5. Endast för kännedom.		