

Patientsäkerhetsberättelse 2012

**Omvårdnadsnämnden
Skövde kommun**

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2012	3
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Övergripande mål och strategier	3
Vårdsamverkan	3
Samordnad vårdplanering – SVPL KLARA	4
Vårdsamverkan Skaraborg	4
Åtgärder 2013	4
Läkarmedverkan	4
Åtgärder 2013	5
Avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet	5
Åtgärder 2013	7
Apodos	7
Åtgärd 2013	7
Nationella kvalitetsregister	8
Senior Alert	8
Åtgärder 2013	8
Beteendemässiga och psykiska symtom för personer med demenssjukdom (BPSD)	8
Åtgärder 2013	9
Palliativa registret	9
Åtgärder 2013	10
Kundvalet	11
Åtgärder 2013	11
Vårdhygien	12
Åtgärder 2013	12
Nytt verksamhetssystem och ny patientjournal	12
Åtgärder 2013	12

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1. Antal avvikelser per år.	6
Tabell 2. Antal avvikelser för olika verksamheter.	6
Tabell 3. Andel (%) personer i särskilt boende med bedömd risk och där åtgärder/förebyggande insatser registrerats.	8
Tabell 4. Andel (%) patienter där vården bedömts uppfyllt resp. kvalitetsindikator under 2012. Urvalet för kommunerna i Västra Götaland är 4169 patienter och i Skövde 138 patienter.	10
Figur 1. Spindeldiagram. Andelen (%) patienter där vården bedömts uppfyllt målen för resp. kvalitetsindikator	11

Patientsäkerhetsberättelse 2012

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omvårdnadsnämnden har ansvar t ex för att

- kraven om god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls
- fastställa övergripande mål samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- det finns ett ledningssystem för den hälso- och sjukvårdsverksamheten (SOSFS 2011:9)
- det finns tydliga roller och ansvarsfördelning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- verksamhetschefens resp. medicinskt ansvarig sjuksköterskas ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns förutsättningar för funktionerna att utöva det medicinska ledningsansvaret
- det finns ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (SOSFS 1997:10).

Nämnden har fastställt ansvarsfördelning mellan förvaltningens tre avdelningschefer, tillika verksamhetschefer enligt HSL och de två medicinskt ansvariga sjuksköterskorna.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) har fastställt övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet. Verksamhetscheferna har sedan utarbetat lokala rutiner utifrån de övergripande riktlinjerna i sina respektive verksamheter. Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som fastställts är kända och följs samt att ny personal får den introduktion som krävs. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbetet utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt enligt riktlinjer och rutiner.

Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för nämnden, personal, patienter och övriga medborgare. Det ska också skapa förutsättningar så att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättringsområden. Det nuvarande ledningssystemet måste omarbetas.

Ett nytt kvalitetsledningssystem håller på att tas fram enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOS FS 2011:9. Arbetet har påbörjats under hösten 2012 och fortsätter i olika etapper under 2013.

Vårdsamverkan

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur omvårdnadsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument mellan kommunerna i Västra Götaland under Västkom's ledning och Västra Götalandsregionen.

Under 2012 antogs ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner. Avtalet innebär endast smärre justeringar av gränssnittet. Inom några delområden kommer parterna att arbeta vidare under 2013 med att utveckla samverkansformerna, det gäller t ex inom habilitering/rehabilitering för att tydligare definiera bas- och specia-

listrehabilitering och inom området för livsmedel för särskilda näringsändamål, t ex näringsdrycker och sondnäring.

Ett omfattande samarbete finns även inom IT-området, där samverkan sker för t ex s.k. säkra inloggningar i gemensamma patientorienterade datasystem. Under året har bland annat all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal försetts med s.k. SITHS-kort för att klara kraven på säker inloggning.

Samordnad vårdplanering – SVPL KLARA

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. I de gemensamt upprättade rutinerna för samordnad vårdplanering beskrivs bland annat krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från sjukhus.

Ett IT-system är gemensamt upphandlat och framtaget för den samordnade vårdplanering kallat SVPL KLARA. F n pågår förberedelsearbete inför en ny upphandling.

Som ett led i kvalitetssäkringen av den samordnade vårdplaneringen har ett system för avvikelserapportering och uppföljning utformats.

Vårdsamverkan Skaraborg

Att vårdkedjan fungerar utan avbrott är en viktig del för ett patientsäkert arbete. Tillsammans med sjukhusen och primärvården har kommunerna via kommunalförbundet Skaraborg en organisatorisk samverkan på två nivåer, dels på skaraborgsnivån och dels inom s.k. närsjukvårdsområden kopplade till resp. sjukhus. Under året har diskussioner förts om den framtida organisationen av samverkan.

I det av SKL initierade arbetet kring projektet Ledningskraft pågår olika aktiviteter inom prioriterade områden. För nämndens del sker ett gemensamt arbete inom närsjukvårdsområdet Östra Skaraborg tillsammans med övriga kommuner i området, primärvården och sjukhuset.

Åtgärder 2013

Ett antal förbättringsområden har tagits fram där arbetet kommer att intensifieras under 2013. Det gäller främst införande av nytt arbetssätt för medicinsk vårdplanering, arbeta för fler planerade och akuta hembesök, förbättrad uppföljning av läkemedelsbehandling/läkemedelsgenomgångar, förbättrad följsamhet till nationella riktlinjerna för palliativ vård om brytpunktssamtal och ordinationer mot smärta, ångest, illamående och rosslighet.

Läkarmedverkan

Avtal om läkarmedverkan finns upprättade med de åtta vårdcentralerna i Skövde och som ingår i Västra Götalandsregionens vårdval. Avtalen innehåller bland annat överenskommelser om tider då läkaren gör planerade besök på äldreboenden, regelbundna tider för vårdplaneringar och hembesök i ordinärt boende och om läkemedelsavstämningar.

Åtgärder 2013

Genomgång och uppföljning av avtalen görs med ca 1,5 års intervall. Nästa uppföljning sker under första kvartalet 2013.

Avvikelse inom hälso- och sjukvårdsområdet

Avvikelse ska enligt rutin rapporteras och följas upp fortlöpande/månatligen på enhetsnivå och därefter på avdelningsnivå. En övergripande analys görs på förvaltningsnivå årsvis av MAS.

Under året har 714 avvikelser rapporterats. Detta är en ökning med 141 registrerade avvikelser jämfört med året innan. Se även tabell 1 över historik om registrerade avvikelser mellan åren 2008-2012.

De allra flesta av avvikelserna som registreras inträffar i samband med hantering av läkemedel. Under året registrerades 594 avvikelser inom läkemedelsområdet. En ökning med 82 avvikelser från förra året. En av avvikelserna, som rör felaktig dos och ej överlämnad dos, är under utredning hos Socialstyrelsen

Övriga avvikelser ökad sammanlagt med 59 registreringar från 61 till 120 stycken (inkl registreringar för områdena för fall och rehabilitering). De vanligaste avvikelserna i gruppen är bristande information/kommunikation inom/mellan personalgrupper, utebliven behandling/omvårdnad, brister i arbetsrutiner, bemötande. Enstaka trycksår ingår också i gruppen.

Som en del i att utveckla risk- och avvikelsearbetet måste även andra delområden betonas. Vid diskussioner på arbetsplatserna kommer det upp att man inte lika frekvent registrerar ordinerade insatser som inte blir utförda, som inom läkemedelsområdet. Ett område som måste följas upp ytterligare är t ex insatser inom rehabiliteringen.

Under 2011 och 2012 genomfördes informationsinsatser om den nya Patientsäkerhetslagen. En viktig del i detta var avsnitt om risk- och avvikelserapportering, inkl genomgång av avvikelser på enheterna. Det finns en stor tradition att vara mer observant på avvikelser inom läkemedelsområdet än inom andra områden. En ökad medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser kan märkas efter dessa diskussioner på arbetsplatserna, även från andra områden än läkemedelsområdet.

I kommunalförbundet Skaraborgs regi arbetar en arbetsgrupp med att arbeta fram underlag till riktlinjer för risk- och händelseanalysarbete.

Tabell 1. Antal avvikelser per år.

År	2008	2009	2010	2011	2012
Totalt antal avvikelser	467	654	465	573	714
Varav avvikelser inom:					
Läkemedels- hantering	407	552	409	512	594
Rehabilitering	-	-	-	-	12
Fall	-	-	-	-	18
Övriga avvikelser	60	102	56	61	90

Inom nämndens ansvarsområde finns ca 970 patienter där ansvar för läkemedelshanteringen har övertagits. Uppskattningsvis innebär detta ca 850 000-900 000 läkemedelsdoseringar per år.

I årets redovisning har antalet avvikelser för rehabilitering och fallolyckor som föranlett transport till vårdcentral eller sjukhus särredovisats. För avvikelser inom rehabilitering är flertalet händelser sådana ordinationer som inte blivit utförda enligt plan. För rapporterna om fall är det endast fall på äldreboenden som registrerats.

I samband med övergång till nytt avvikelserrapportsystem i det nya verksamhetssystemet kommer förtydliganden att göras om vad som ska rapporteras, t ex om fallolyckor. För de olika verksamhetstyperna kan observeras att registrerade avvikelser inom hemvård samt för korttidsvården har ökat under året – se tabell 2.

Tabell 2. Antal avvikelser för olika verksamheter.

verksamhetstyp	2012	2011	förändring mellan åren
hemvård	253	134	+ 119
LSS	30	58	- 28
servicehus	92	93	- 1
korttid	85	31	+ 54
äldreboende	254	225	+ 29

Ökning inom korttidsvården beror till största delen på brister i arbetet kring sjuksköterskans iordningsställande av läkemedelsdosetter. Åtgärder har vidtagits inom enheten och problemet bedöms nu vara avklarat. Uppföljning av detta kommer att ske under andra kvartalet.

För hemvårdens del, som har en relativt stor ökning, rör det sig främst om utebliven eller försenad läkemedelsbehandling, felaktigt iordningsställda dosetter samt bristande kommunikation. Många av personalgrupperna på de olika enheterna upplever en "stressig arbetssituation" där man många gånger inte har en "tydlig överblick" över vilka uppgifter som ska utföras, särskilt om "det planerade arbetsschemat" inte kan följas då situationer som fördröjer schemat inträffar. Samtidigt framkommer också att kommunikationen mellan olika yrkesgrupper inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Särskilt ses att kontakterna mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor inte är helt säkerställda för det löpande, dagliga arbetet.

Även på äldreboenden sker många fall av avvikelser inom läkemedelshanteringen. Antalet ligger i stort på samma nivåer som förra året. Under 2011 påbörjades ett arbete på äldreboenden om installera läkemedelsskåp i varje lägenhet. Installationerna har ännu inte färdigställts helt.

Antalet rapporterade avvikelser inom läkemedelområdet har ökat under åren. Olika enskilda åtgärder har under hand vidtagits, men problemet finns kvar. Dessutom har under de senaste åren antalet patienter som omfattas av det s.k. apodos-systemet minskats, vilket påverkar processen för läkemedelshantering negativt – se nedan.

Åtgärder 2013

En mer strukturerad plan för att komma till rätta med de avvikelsetyper inom läkemedelsområdet som framkommit måste tas fram och fastställas. Detta bör göras innan sommaren för att kunna igångsättas under hösten. Åtgärder bör vara införda innan årets slut.

Apodos

Användande av det s.k. apodos-systemet för automatiserad iordningsställande av läkemedelsdoser har minskat under senare år. Detta har krävt en omställning av och merarbete för sjuksköterskorna, med en övergång till manuell delning av doser till dosetter. Den ordinerande läkaren beslutar om ordination via apodos eller via vanliga recept. Västra Götalandsregionen står för kostnaden för apodos.

Av de ca 970 personer som verksamheten har ansvar att fördela läkemedel till är det 41 % som har apodos. Lika många anges uppfylla kriterierna för apodos men som inte ordinerats det. År 2009 var det 61 % av patienterna som hade apodos, vilket innebär att drygt 200 patienter har överförs till manuell delning av dosetter i stället för det automatiserade apodossystemet under de senaste åren. En del av problematiken med avvikelser inom läkemedelsområdet beror på denna omställningsprocess och det merarbete som detta kräver.

Under 2012 infördes ett nytt nationellt datasystem (Pascal) för apodos. En hel del inkörningsproblem har drabbat systemet och fortfarande upplevs systemet som svårarbetet. Vissa förbättringar genomfördes under slutet av året. Hittills har införandet av Pascal inte underlättat diskussionerna med vårdcentralerna om att återinföra användandet av apodos.

En dialog med primärvården bör åter tas upp under våren om apodossystemet. Västra Götalandsregionen har under året genomfört en ny upphandling och denna träder i kraft under maj månad i år. Det blir en avsevärd prissänkning av kostnaden för apodosleveranser, vilket skulle kunna gynna ett återinförande av apodos.

Åtgärd 2013

Återuppta diskussionerna med vårdcentralerna om återgång till apodos-systemet.

Nationella kvalitetsregister

I förvaltningen pågår ett arbete med anslutning till de nationella registren Senior Alert, som följer vården vid risk för undernäring, trycksår och fall, samt BPSD-registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Registreringar i Palliativregistret görs sedan 2011.

Senior Alert

Senior Alert är ett arbetssätt och register som förbättrar möjligheterna att följa vården för personer med risk för undernäring, fall och trycksår. Senior Alert har successivt förts in i verksamheterna under året, men har ännu inte arbetats in i det löpande arbetet. Antalet registreringarna har därför varit relativt sett varit lågt under året. Se tabell 3.

Tabell 3. Andel (%) personer i särskilt boende med bedömd risk och där åtgärder/förebyggande insatser registrerats.

Riskbedömning för:	Åtgärder vid risk Skövde	Åtgärder vid risk Riket
Fall	17	29
Undernäring	20	31
Trycksår	22	33

Antalet registreringar ligger under riksgenomsnittet för samtliga indikatorer. Åtgärder måste vidtas för att förbättra arbetet kring dessa kvalitetskriterier.

På de särskilda boendena har en organisation med kostombud, husnätverk och ombudsträffar startats upp. I dessa nätverk berörs olika frågeställningar om kosthållningen på enheterna, t ex om insatser för att se till att nattfastan inte överstiger 11 timmar.

Åtgärder 2013

En plan utarbetas under januari 2013. Målsättning att alla äldreboenden använder registret fullt ut innan sommaren. Hemvården introduceras under hösten och ska använda registret fullt ut från januari 2014. Särskild resurs har avsatts för introduktionsarbetet.

Beteendemässiga och psykiska symtom för personer med demenssjukdom (BPSD)

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. BPSD-registrets syfte tillsammans med den struktur i omvårdnadsarbetet som registret

bygger på är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Under hösten 2012 utbildades 25 omvårdnadspersonal för att kunna handha registret och vara motor i införandet av arbetssättet. Några enheter saknar fortfarande inskolad personal för registerhanteringen. Endast några äldreboenden har kommit igång med arbetet i registret under 2012.

Under året har ca 400 personal genomgått utbildning Demens ABC. Demens ABC är Svenskt demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Demens ABC syftar till att personalen ska arbeta personcentrerat, det vill säga se människan bakom sjukdomen och låta denna bild påverka den vård och omsorg som ges. I riktlinjerna lyfts detta fram som den kanske viktigaste förutsättningen för en god demensvård och ökar handlingsberedskapen för adekvata insatser vid BPSD.

Åtgärder 2013

Ytterligare 15-20 personal utbildas under våren så att varje enhet har minst två personal för själva registerhanteringen samt för inskolning i arbetssättet på arbetsplatsen. Resurser i arbete med introduktion av arbetssättet är även den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan per enhet och demenssjuksköterskan samt respektive enhetschef.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan gör i samband med dödsfallet bedömningarna om vården den sista veckan. Registreringar i palliativregistret påbörjades successivt under 2011.

Vid genomgång av dödsfallen i Skövde under första halvåret 2012 avled 156 personer som bodde på äldreboenden eller var inskrivna i hemsjukvården. Av dessa vårdades 100 personer inom kommunal verksamhet och 56 personer på Skaraborgs sjukhus eller Hospice Gabriel under livets allra sista tid. Totalt avled 240 personer i Skövde under denna tid. Registreringar i palliativ registret har gjorts för 63 av 100 personer som avled i kommunal verksamhet. Andelen registreringar i systemet för hela 2012 ligger på samma nivå – ca 65 %.

Uppföljningen visar på några områden med behov av förtydligande av rutiner och arbetssätt för att uppnå intentioner i t ex nationella riktlinjerna. Det gäller främst vårdplaneringen kring brytpunktssamtal/läkarinformation till patienten, smärtskattning, munhälsobedömning, vårdplaneringen och ordinationer kring s.k. trygghetsmedicineringar samt erbjudande av eftersamtal med närstående. Bedömningen om ”uppfyllt önskemål av dödsplats” ligger relativt lågt (47 % av patienterna bedöms av sjuksköterska att den önskade dödsplatsen är uppfylld). Då det i många av fallen inte gått att bedöma patientens önskemål, främst pga. demenssjukdom, har bedömningen i många fall blivit ”vet ej”. För smärtskattning krävs att en validerad skattningsskala används för att få ett ”ja-svar”. I de allra flesta fall har skattning gjorts men då utifrån en klinisk bedömning. Se tabell 4 och diagram.

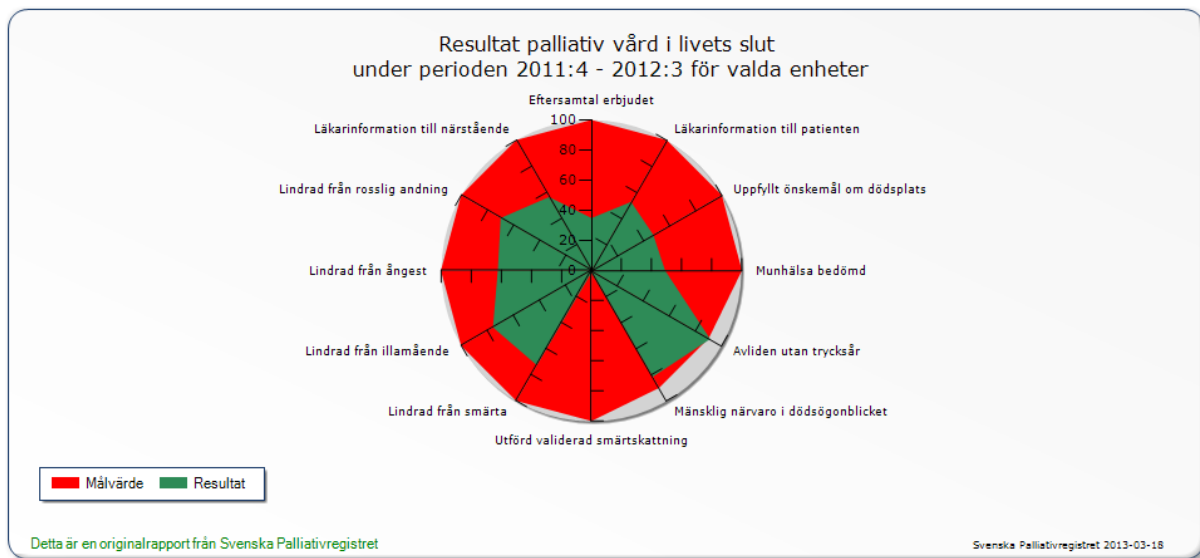
Tabell 4. Andel (%) patienter där vården bedömts uppfyllt resp. kvalitetsindikator under 2012. Urvalet för kommunerna i Västra Götaland är 4169 patienter och i Skövde 138 patienter.

Kvalitetsindikator	Västra Götaland kommuner	Skövde
Eftersamtal erbjudet	49	36
Läkarinformation till patienten	50	57
Uppfyllt önskemål om dödsplats	42	40
Munhälsa bedömd	57	50
Avliden utan trycksår	89	92
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87	84
Utförd validerad smärtskattning	11	4
Lindrad från smärta	80	73
Lindrad från illamående	83	73
Lindrad från ångest	74	64
Lindrad från rosslig andning	74	70
Läkarinformation till närstående	60	59

Ett annat sätt att visualisera resultatet från palliativregistret är ett s.k. spindeldiagram (se nedan) där varje kvalitetsindikator anges med grön färg för andelen patienter där vården bedömts uppnått målet.

Åtgärder 2013

Resultatet för året visar på ett antal förbättringsområden. Samarbetet med främst vårdcentralerna måste utvecklas inom detta område. De förbättringsområden som arbetet främst bör inrikta sig på är att utforma tydligare riktlinjer och arbetsrutiner för s.k. brytpunktssamtal (planering med patient/närstående om val av insatser i olika skeden av vården i livets slut) och efterlevandesamtal. För smärtskattning och munhälsobedömning införs under året anpassade bedömningsskalor för vård av äldre. I samband med uppföljning av samarbetet med vårdcentralerna under första kvartalet 2013 tas detta upp. Dessutom kommer insatser att ske utifrån projektet Ledningskraft.



Figur 1. Spindeldiagram. Andelen (%) patienter där vården bedömts uppfyllt målen för resp. kvalitetsindikator

Kundvalet

Införandet av kundval inom hemvården har förtydligat kraven på uppföljning. Två externa utförare bedriver hemvård med personlig omvårdnad och hälso- och sjukvård på uppdrag av förvaltningens legitimerade personal. Successivt har antalet patienter som valt extern utförare ökat.

Uppföljningsarbetet har ännu inte riktigt funnit sina former utifrån de nya förutsättningarna. MAS har kontinuerligt kontakt med externa utförarnas ledning. I inledningsskedet koncentreras kontakterna till genomgångar av gällande regelverk och rutiner. Dessutom har under året möten även skett med personal från de två utförarna. Samverkan mellan förvaltningens sjuksköterske- och rehabenheter samt de externa utförarna har försökt hitta effektiva och rationella former för bland annat överföring av information, kontaktytor och delegeringar.

Då det i samband med införandet av kundval skapades två olika system för områdesindelning av utförenheter, dels ett för de sex interna enheterna och dels ett för de externa utförarna utifrån deras möjlighet att välja bland tio olika områden i kommunen. Detta innebar helt nya förutsättningar för sjuksköterske- och rehabenheterna i samverkan med utförare, t ex då utförarens personal arbetar över områden som täcker flera omvårdnadsansvariga sjuksköterskors distrikt. Detta skapar ett merarbete t ex i delegeringsprocessen, särskilt när de olika utförarna får många nya patienter inom en kort tidsrymd.

Åtgärder 2013

Under första kvartalet 2013 tas ett mer systematiskt program för uppföljningsarbetet fram samt som även anpassas till övrigt uppföljningsarbete inom förvaltningen.

Under första halvåret 2013 ses även delegeringsprocessen över, bland annat vad gäller basutbildningar inför delegeringar och omvårdnadsansvarig sjuksköterskas möjligheter till uppföljning, utifrån de nya förutsättningarna.

Vårdhygien

Vid arbetsplatsbesök och andra diskussioner framkommer olika grad av följsamhet till de vårdhygieniska riktlinjerna. I samverkan med enheten för vårdhygien på Skaraborgs sjukhus genomförs träffar för personalgrupper. I samband med införandet av kundval inom hemvården var hygienområdet ett av de områden där enheterna ska utse särskilda ombud. Organisering och upplägg av denna ombudsverksamhet har inte kommit igång.

Åtgärder 2013

Att planera för två hygienombudsträffar två gånger per år samt att klargöra ombudens roll och uppdrag.

Att under året genomföra en studie av följsamheten till de basala hygienrutinerna.

Nytt verksamhetssystem och ny patientjournal

I samband med byte av verksamhetssystem i förvaltningen ingår även byte av datasystem för patientjournal. Vid detta byte har även en övergång till dokumentation enligt ICF (*Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*) påbörjats. Klassifikationens övergripande mål är att erbjuda en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa och är ett led i att införa ett nationellt fackspråk inom vård och omsorg. I samband med detta skapas även ett gemensamt ”sökordsträd” utifrån ICF-strukturen för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i journalen.

Åtgärder 2013

Övergången till nytt system genomfördes under november månad. Ett stort arbete av detta återstår att göra även under 2013. Olika arbetsgrupper utarbetar rutiner och underlag för utbildning och implementering av systemets olika delar, t ex i övergången till nytt sökordssystem enligt ICF. En avstämning för att följa upp införandeprocessen bör göras under maj månad.

Under året kommer även ett nytt system för rapportering och hantering av avvikelserapporter att tas i bruk i verksamhetssystemet. Detta beräknas vara i full drift vid ingången till 2014.