



PERSTORPS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-13

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Mia Andersson

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 2017-03-01

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE 1

Innehållsförteckning.....3

Sammanfattning4

Övergripande mål och strategier4

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....5

Struktur för uppföljning/utvärdering6

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativregistret samt BPSD-registret (Beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom).....6

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....6

Uppföljning genom egenkontroll10

Samverkan för att förebygga vårdskador10

Risikanalys11

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....11

Övergripande mål och strategier för kommande år 14

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Vårdgivaren, Socialnämnden i Perstorps kommun, ansvarar för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården enligt 5 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska på nämndens uppdrag se till att kvalitet och patientsäkerheten är hög i verksamheten.

Under året har patientsäkerhet belysts i upprättande och revidering av nya eller befintliga rutiner och riktlinjer, vilket sker kontinuerligt. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete påbörjades 2015. Målet under 2015 var att integrera omsorgen i system. Målet och arbetet fortsatte under 2017.

Fortsättning har skett med att bibehålla utveckling av tre nationella kvalitetsregister vilket möjliggör systematiskt arbete och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. riskanalyser, vårdtagarens och anhörigas delaktighet, strategier för förebyggande åtgärder, kompetensutveckling, behandling och åtgärder samt utveckling av teamarbete.

Synpunkter/klagomål, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vår kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshandlingen, såväl internt som externt.

Patientsäkerhetsberättelsen ger en möjlighet att belysa patientsäkerhet som en central del inom verksamhetsområdena både på en lokal och på central nivå. Det är viktigt att detta arbete utvecklas till en naturlig del av alla verksamheters vardag.

Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren, socialnämnden i Perstorps kommun, har fastställt följande vision:

”I Perstorps kommun ska alla kommuninvånare ha trygghet och tillit till att de kan erhålla en god och kvalificerad vård och omsorg när de har behov av det.”

Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för skada i vårdarbetet. Patienten ska känna sig trygg i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård.

Vårdgivaren ska utreda händelser, åtgärda bakomliggande orsaker samt vidta åtgärder för att förhindra att patienter kommer till skada. Vårdgivaren ska också informera patienten. Vidare ska vårdgivaren underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem att framföra sina synpunkter.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ett strukturerat ledningssystem för hälso- och sjukvården är under uppbyggnad. Arbete pågår att implementera ett ledningssystem för hela verksamheten.

Vård- och omsorgsförvaltningen har en ledningsgrupp där bl.a. förvaltningschef, verksamhetschef, myndighetschef samt utvecklingsstrateg ingår. MAS ingår när behov finns. Här beslutas rutiner/riktlinjer och därmed tas även patientsäkerhetsfrågor upp och aktualiseras därmed löpande.

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ansvarar därmed för att det finns ett kvalitets- och ledningssystem. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefen ska svara för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschefen ska följa upp och analysera verksamheten i syfte att kontinuerligt förbättra densamma.

Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS ansvarar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS upprättar och beslutar om nya rutiner och riktlinjer tillsammans med förvaltningsledningsgruppen samt ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer de lagar och föreskrifter som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Egenkontroller sker bl.a. via avvikelserapportering, journalgranskning, hygienmätning samt via registreringar i kvalitetsregister.

Områdeschefen ska bryta ned de övergripande kvalitetsmålen på enhetsnivå samt ska leda och genomföra det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med styrdokument, lagar och föreskrifter.

Områdeschefen ska bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten. Områdeschefen ska skapa rutiner för det egna området som knyter an till befintliga verksamhetsövergripande rutiner.

Områdeschefen ska informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta efter gällande riktlinjer och

rutiner samt aktivt bidra till kvalitetsutvecklingen på enheten. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera brister i kvaliteten och missförhållande/risker för missförhållanden.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Fortlöpande ska riskbedömningar göras för händelser som skulle kunnat inträffa och som kan medföra risk eller fara för patienten.

Vårdpersonalen ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Det finns riktlinjer utformade av verksamhetschef, utvecklingsstrateg och medicinskt ansvarig sjuksköterska för hur avvikelseprocessen ska genomföras och vilket ansvar de olika professionerna har.

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativregistret samt BPSD-registret (Beteende- och psykiska symptom vid demenssjukdom) medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras. I teamarbetet och genom statistik och analyser inom olika områden garanteras patientsäkerheten.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativ registret och BPSD registret är infört i alla verksamheter inom äldreomsorgen. Kvalitetsregister medverkar till ett ökat samarbete i verksamheterna men samverkan med ansvarig vårdgivare som Primärvården behöver fortsätta att utvecklas då det medicinska ansvaret på läkarnivå ligger inom Primärvården.

Senior Alert

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår samt upptäcka ohälsa i munhålan. Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år via Oral Care. Inom hemsjukvård/hemtjänsten görs bedömningar på de patienter som uppfyller de kriterier som man i teamet kommit överens om.

Palliativ registret

Palliativ registret är ett kvalitetsregister som sammanställer och visar hur den palliativa vården har varit och hur personens sista levnadsvecka varit efter fastställda parametrar t.ex. brytpunktsamtal av ansvarig läkare vid beslut om palliativ vård, lindring av smärta, ångest och illamående etc. Målet är att kvalitetssäkra den palliativa vården för de medborgare där Vård- och omsorgsförvaltningen i Perstorps kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret. Implementeringen av NVP påbörjades under 2016.

Förbättringsförslagen för 2017 var att bibehålla nivån på patienter som smärtskattas, att öka andelen patienter som är lindrade från illamående samt att förbättra metodiken vid brytpunktssamtal. Statistiken ska sedan föras ut till arbetsteamerna.

Specifik omvårdnad vid demenssjukdom

BPSD-registrets syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och all-varlighetsgraden av beteende – och psykiska symtom/BPSD och det lidande som detta innebär och att öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD-registret samt att ha en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till implementering av de nationella riktlinjerna för personer med en demenssjukdom vilket bidrar till en verksamhetsutveckling.

För att vårdtagaren ska registreras i BPSD registret krävs en demenssjukdom och att kommunen har HSL ansvar. Om det inte finns någon demensdiagnos ska utredning initieras till ansvarig läkare. Alla med en demenssjukdom har enligt nationella riktlinjer rätt till att få sina BPSD symtom bedömda minst en gång/ år.

Vårdtyngden har sjunkit efter att man börjat arbeta med skattningar och dokumenterade vårdåtgärder. Även bemötande är mer i fokus med arbetssättet vilket kan förklara en dämpning av vårdtyngden. Förbättringsförslagen för 2017 var att fortsätta att sprida kunskap om BPSD registret, att fortsätta med teamarbetet kring detta samt att öka antalet bedömningar.

Uppsökande munhälsobedömning

Tandvårdsenheten inom Region Skåne tillhandahåller bl.a. munhälsobedömningar, nödvändig tandvård till enskilda inom kommunen samt tandvårdsutbildning till personal. Oral Care är det företag som erhållit uppdraget av Region Skåne. Kommunen ska särskilt ansvara för att:

- avgöra vilka som är berättigade till tandvårdsstödet och förmedla erbjudanden om munhälsobedömning till dessa årligen
- vid munhälsobedömning ansvara för att vårdpersonal finns närvarande
- införa nödvändig tandvård
- planera munvårdsutbildning för vårdpersonal tillsammans med tandvårdsföretaget årligen.

Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år via Oral Care.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Alla interna avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Procapita. Under 2018 kommer även externa utgående avvikelser att

dokumenteras i Procapita. Genomgång av rapporterna sker i teambaserade personalgrupper minst en gång/månad. I dessa medverkar olika yrkeskategorier. I dessa grupper diskuteras avvikelser, åtgärdsförslag och uppföljningar som ett led i ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete. Fortfarande rapporteras inga avvikelser gällande vårdrelaterade infektioner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska hantera inkomna synpunkter på vården och utreder och anmäler till IVO enligt Lex Maria.

Under 2017 har en anmälan gjorts enligt Lex Maria. Tre ärenden enligt lex Sarah har utretts.

Basala hygienrutiner

Vård- och omsorgsförvaltningen ska delta i en nationell mätning av basala hygien- och klädregler som Sveriges kommuner och landsting/SKL ansvarar för. Mätningen sker en gång per år och vid det tillfället i samverkan med Sveriges kommuner och landsting/SKL. Under 2018 kommer Vårdhygien från region Skåne att bjudas in till verksamheterna för att genomföra sk hygienronder där man ser över de basala hygienrutinerna på enheterna och följsamheterna till dessa.

Delegering

Vid delegering är MAS ytterst ansvarig för att patientsäkerheten beaktas. MAS har upprättade rutiner för delegering av arbetsuppgift inom hälso- och sjukvård i verksamheten med syfte att säkra kvaliteten för patienten. Delegeringen följs upp årligen eller oftare vid behov av ansvarig sjuksköterska.

Inga delegeringar återkallades under 2017.

Delegeringarna registreras i avsedd modul i det IT baserade dokumentationssystemet Procapita.

Läkemedelshantering

Följsamheten gentemot lokal rutin för läkemedelshantering följs löpande upp via avvikelser. Avtal finns med Apoteket AB för granskning av läkemedelshantering och följsamhet till de lokala riktlinjerna.

Läkemedelsgenomgång

Alla vårdtagare i våra verksamheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är 75 år och äldre, med minst fem läkemedel, ska erbjudas en läkemedelsgenomgång varje år. Vid läkemedelsgenomgången samverkar ansvarig läkare, apotekare och sjuksköterska. En symtomskattning görs för att sedan analysera den tillsammans med ordinerade läkemedel och planera ev. justeringar, förändringar eller ut-sättningar av olämpliga läkemedel.

Rehabilitering

Kommunen ansvarar för rehabilitering i särskilt boende, korttidsboende och inom hemsjukvården. Patient som är i behov av rehabilitering eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovast och förskrivas av behörig personal

Sjukgymnast ansvarar för träning, rådgivning, utprovning och förskrivning av vissa hjälpmedel. Arbetsterapeut ansvarar för att bedöma, stödja och träna förmågor som behövs för ett dagligt liv. Arbetsterapeut utprovar och förskriver hjälpmedel som underlättar i rehabilitering och dagligt liv.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts för nyanställda framför allt inför sommarhalvåret samt för samtlig omvårdnadspersonal under 2017. Utbildningar är av stor vikt dels för i första hand patientens säkerhet men även för en förbättrad arbetsmiljö.

Dokumentation

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att föra patientjournal. Inom verksamheterna används en databaserad hälso-och sjukvårdsjournal, Procapita. Även dokumentation enligt SoL och LSS finns i samma system.

En dokumentationsutbildning gjordes i början av 2017 av extern utbildningskonsult.

Samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan/SIP ger en ökad trygghet och säkerhet för den enskilde vårdtagaren och deras anhöriga, samtidigt ger den stöd hos personalen i vilka åtgärder som ska vidtas när vårdtagarens tillstånd förändras.

De flesta planer görs tillsammans av kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvårdspersonal samt primärvård, men den ska även omfatta insatser från alla berörda vilket även inkluderar specialistsjukvården. SIP ska öka tydligheten om vad vårdtagaren egen upplevelse av sin situation är samt önskan/mål om hur vårdtagaren vill ha det. Den ökar tryggheten för vårdtagaren eftersom att det finns en tydlig dokumentation om vem, hur och vad som ska göras om vårdtagaren skulle insjukna och behov av utökad vård finns. En SIP upprättas när två eller flera verksamheter behöver samverka kring en vårdtagare, samordna och tydliggöra vårdinsatser och kontaktvägar. Målet är att undvika onödig sjukhusvård och återinläggning.

SIP kommer vid det nya samverkansavtalet 2018 att ersätta den tidigare planen SVPL.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts inom nedanstående verksamhetsområden;

- Antal av SIP och läkemedelsgenomgång.
- Hygienmätning genomförs och följs upp en gång per år per år med verksamhetsansvariga. Jämförelser på nationell nivå görs en gång per år.
- Sammanställning av avvikelser en gång per år.
- Säkerhetskontroller via loggning. Logg kontroller kommer att utföras enligt en ny rutin för att kontrollera att information hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner. Kontroller utförs i form av stickprov på 10 %, slumpmässigt utvalda, av de anställda inom respektive enhet. Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournal förkommit.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att patienten ska få en god och säker vård krävs samverkan genom hela vårdkedjan. Det behövs information för att planera patientens vård och omsorg som sedan överförs mellan olika vårdgivare i samband med att en patient flyttar från en vårdgivare till en annan. Detta kommer att ske bl a via SIP som ersätter tidigare SVPL.

Ett nytt samverkansavtal mellan Region Skåne och kommunerna kommer att ställa högre krav på en fungerande samverkan och ett nytt avtal har undertecknats 2018 i samband med den nya lagen Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, som ska främja en god vård och en socialtjänst med god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Perstorps kommun kommer att uppdatera avtalet med Primärvården avseende råd och stöd där vi kan konstatera att det finns områden där samverkan behöver utvecklas inför de nya kraven som ställs i det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Perstorps kommun deltar sedan tidigare i Forskningsplattformen, som är ett samarbete med Högskolan Kristianstad.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid tillbud och händelser görs utredningar med efterföljande analyser. Rutiner och riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga. I arbetet med att ta fram nya kvalitets- och ledningssystem kommer även utveckling av riskanalyser att ske.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren ska enl. 4 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) föra åtkomstkontroller för att säkerställa att personalen inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa information som de inte ska hantera. Rutin för loggkontroll är att enligt patientdatalagen säkra patientsäkerheten gällande information om våra brukare och klienter. Målet med denna rutin är att på ett systematiskt sätt kontrollera om obehöriga har inhämtat information om brukare/klient. Detta görs genom återkommande och systematiska kontroller inom socialförvaltningen. Kontroller av journalloggar ska göras en gång per kvartal (februari, maj, augusti, november) med start 2018.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt efter lokal rutin, såväl internt som externt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Detta ska rapporteras till Vård- och omsorgsnämnden samt till verksamheterna.

Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året vid personal/avdelningsmöten.

Klagomål och synpunkter

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska är kontaktperson till Patientnämnden och ansvarar för genomförande av utredning. Inga ärenden har inkommit från patientnämnden under 2017.

Rutin saknas kring synpunktshantering vilket kommer att ses över under 2018.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister såsom Senior Alert och BPSD är den enskilde och eventuellt närstående delaktiga i identifieringen och planering av åtgärder. Detta ger stora möjligheter till delaktighet i patientsäkerhet.

I samordnad individuell vårdplanering/SIP ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående, biståndshandläggare samt ansvarig läkare på primärvården för att utifrån den enskildes mål och behov planera de framtida insatserna, vården och behandlingen.

Varje vårdtagare som flyttar in till särskilt boende eller beviljas hemtjänst erbjuds ett välkomstsamtal i samband med inflytt eller när insatser påbörjas. I samband med detta upprättas en vård- och omsorgsplan sk genomförandeplan där den enskilde samt närstående deltar.

Anhörigträffar anordnas regelbundet på kommunens särskilda boende. Anhörigcentrum bedriver verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort stöd för anhöriga och närstående.

Broschyrer om förvaltningens olika verksamheter ska finnas tillgängliga på respektive enhet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Verksamhet inom vården är mångfacetterad, inte minst avseende risker. Ambitionen är att avvikelserna ska minska. Samtidigt är det ett mått på uppmärksamheten hos personalen då avvikelserna är ett system för att utveckla och kvalitetssäkra verksamheterna genom att göra alla uppmärksamma på brister och risker, som rapporteras, utreds och åtgärdas. En minskning av antalet avvikelser bör föranleda en utvärdering av insatta åtgärder och utvärdering av rutiner och riktlinjer samt resultat av gjorda egenkontroller. Avvikelse och åtgärder ska föras ut i verksamheten.

Avvikelse, Lex Sarah och Lex-Maria sammanställs och analyseras årligen och redovisas för vård- och omsorgsnämnden samt verksamheterna.

Antal avvikelser:

Läkemedel

2012	2013	2014	2015	2016	2017
196	288	403	538	432	345

Fall

2012	2013	2014	2015	2016	2017
230	297	345	448	456	521

Vårdrelaterade infektioner

2012	2013	2014	2015	2016	2017
0	0	0	0	0	0

Övriga händelser

2012	2013	2014	2015	2016	2017
	79	66	360	221	135

Externa avvikelser

2012	2013	2014	2015	2016	2017
	15	25	18	8	15

Sammanlagt:

426*	679	839	1364	1117	1016
------	-----	-----	------	------	------

Avvikelser, Lex Sarah och Lex-Maria sammanställs och analyseras årligen och redovisas för verksamheten och nämnden. Under 2017 diariefördes ett ärende enligt lex Maria samt tre ärenden enligt lex Sarah.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Processmått

Perstorps kommun har deltagit i SKLs PPM mätning gällande basala hygien och klädrutiner tidigare. Nya mätningar kommer att ske i samband med mätning enligt SKL s rutin samt uppföljning av mätningens resultat vilket kommer att utvärderas i varje verksamhet.

Resultatmått

Avvikelsehanteringen kommer att följas upp enligt lokal rutin där det säkerställer att vårdtagarna i Perstorps kommun får en god och säker vård. Genom ett fortsatt arbete med kvalitetsregister såsom BPSD och Senior Alert görs kontinuerliga bedömningar av bl a trycksår, munhälsa och malnutrition, där åtgärder vidtas om behov eller risk finns.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Enligt 3 kap 1 § Patientsäkerhetslagen (210:659) har vårdgivaren en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

Inför 2018 kommer PPM mätningar enligt SKLs rutin att åter genomföras och det kommer att tas ett samlat grepp kring riktlinjer som utformas av Vårdhygien.

Riktlinjer och rutiner kring läkemedelshantering i kommunens verksamheter kommer att uppdateras och ses över såväl när det gäller handhavande hos vårdtagarna/ brukarna som generella rutiner för primärvårdens basförråd och närförråd som finns i verksamheten. I kommunens avtal med Apoteket AB ingår besök av apotekare för granskning av kommunens läkemedelshantering samt förvaring och rekvirering. Nytt besök kommer att bokas in under året i verksamheter som utses av verksamhetschefen.

I det nya HS- avtalet som trädde i kraft vid årsskiftet kommer det att utarbetas rutiner för samverkan med Perstorps vårdcentral gällande inskrivning i mobilt vårdteam samt samarbetet kring SIP och arbetet i Mina Planer, IT systemet som används vid in- och utskrivning på sjukhusen av vårdtagare som har insatser eller kommer att få insatser av kommunen. Vid upprättande av ett nytt avtal med vårdcentralen kommer utbildningsinsatser och handledning av samtlig personal att ses över beroende på behovet i verksamheterna för att på så sätt erbjuda en kompetenshöjning för samtlig personal.