



Resurschef  
Ann Heide-Spjuth  
0410-733944, 0708 817557  
ann.heide-spjuth@trelleborg.se

## **Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare avseende logopeder inom bildningsförvaltningen i Trelleborgs kommun för 2017**

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	8
Informationssäkerhet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	9
Samverkan med patienter och närstående	10
Sammanställning och analys	10
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	11

## Sammanfattning

Logopederna arbetar med barn, elever och personal i förskolan, förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan.

Logopederna arbetar sedan maj 2017 inom en central stödorganisation som utgör den del av en gemensam elevhälsa. Uppdraget för logopederna har i samband med övergång till ny organisation förändrats så att de endast i undantagsfall ska arbeta med enskilda patienter. Därmed är det numera endast en ytterst liten del av deras arbete som faller inom hälso- och sjukvårdslagarna.

Bedömning av 2017 års patientsäkerhetsberättelse visar att patientsäkerheten förbättrats under året. Patientsäkerhetsarbetet har omfattat egenkontroll kring processer samt revidering av riktlinjer och rutiner kopplade till ledningssystem för patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Logopederna arbetar med att utveckla det praktiska arbetet så att likvärdigheten inom kommunen ökar. För att säkerställa att enbart de som arbetar med visst barn/elev har tillgång till aktuell digital journal görs kontroller regelbundet. Dessutom sammanställs loggar för de som obehörigt har varit inne i journalsystemet. Dessa bedöms och utreds och visar sig ofta vara helt legitima.

I skollagen (2010:800) omnämns inte logopederna som en yrkesgrupp som ingår i elevhälsan. När logopeden arbetar med ett enskilt barn/elev gäller samma regelverk som för personal inom den medicinska delen av elevhälsan. Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas varje år. I patientsäkerhetsberättelsen ska verksamhetens arbete med patientsäkerhet beskrivas och utvärderas. Personalens förutsättningar, kompetens och kunnande är en grundsten i patientsäkerhetsarbetet och i mötet med barn/elever och vårdnadshavare. Därav är arbetsmiljön och arbetsbelastningen direkt kopplande till patientsäkerhet.

## Övergripande mål och strategier

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

*Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Lag (2017:62).*

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*

Vägledning för elevhälsan (Skolverket och Socialstyrelsen 2016) utgör ett stöd i patientsäkerhetsarbetet.

Den del av arbetet där logopederna arbetar enligt hälso- och sjukvårdslagarna utgör en egen verksamhetsgren och har Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet.

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) bedriver tillsyn av logopedernas insats. Syftet med tillsynen är att upptäcka och påtala brister som kan påverka säkerheten för den enskilde, samt att kontrollera att verksamheterna uppfyller lagstadgade krav och upprätthåller en god kvalitet.

Målet med patientsäkerhetsarbetet är att bedriva en god och säker vård där risker och händelser identifieras tidigt och kan förbyggas. Inom verksamheten ska det finnas den personal och den kompetens som nödvändig för att uppnå detta mål.

Arbetsmiljön för logopederna ska vara sådan att det finns tid för planering och kvalitetsarbete.

Mål och strategier för att uppnå dessa mål är:

- varje år kontrollera och följa upp bemanning och kompetens så att varje medarbetare kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att säker vård kan ges
- att verksamheten tidigt kan förebygga incidenter och avvikelser
- att verksamheten arbetar systematiskt med riktlinjer och rutiner. En översyn av ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården med tillhörande rutiner och riktlinjer har påbörjats under 2017 och fortsätter under 2018
- kontrollera och följa upp arbetet.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

*Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.*

*Enligt 3 kap.10§ patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*

1. *ansvaret enligt 3 kap. 9§ patientsäkerhetslagen har varit fördelat*

### **Vårdgivare**

Bildningsnämnden är vårdgivare för logopederna. Vårdgivaren har ansvar för att:

- fastställa verksamheternas övergripande inriktning när det gäller kvalitet och ambitioner när det gäller att tillgodose elevernas behov
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystem för verksamheten är ändamålsenligt med mål, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten, samt
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocessen fungerar verksamhetsöverskridande
- verksamhetschef för logopederna är utsedd.

### **Verksamhetschef**

*(Hälso- och sjukvårdslag 2017 :30 4 kap. 2 §*

*Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.*

Verksamhetschefen ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen svarar också för ledning, planering och utveckling av verksamheten. I detta ingår bland annat att se till att medarbetarna har rätt kompetens, får fortbildning och har möjlighet att bedriva en god vård med hög kvalitet. Rutiner och riktlinjer ska upprättas och revideras. Avvikelser ska utredas och följas upp. Inspektionen för vård och omsorg (IVO), elever, vårdnadshavare och personal ska kunna vända sig till

verksamhetschefen i frågor som rör verksamheten. Verksamhetschef för logopederna är utsedd av bildningsnämnden i beslut 2012-10-01. Verksamhetschef är Ann Heide-Spjuth.

Verksamhetschefen har ansvar för att:

- ta fram ledningssystem för kvalitet och säkerhet i enlighet med krav i lagstiftningen
- stödja och inspirera i det ständiga kvalitetsarbetet
- åtaganden som är svar från bildningsnämndens resultatuppföljning analyseras
- följa upp, analysera resultat och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- upprätta årsplan för systematisk kvalitetsuppföljning, utvärdering och analys
- mål för verksamheten formuleras och nås
- inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att styra, följa upp och utveckla verksamheten
- genomföra uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- samverka och informera rektorer
- logopederna har rätt kompetens, ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en vård av god kvalitet.
- vara lex Maria ansvarig

### **Funktionsföreträdare**

*(Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80 4 kap. 4§)*

*Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.*

*(Hälso- och sjukvårdsförordning 2017:80 4 kap. 5§)*

*Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.*

Funktionsföreträdaren för logopederna ska vara uppdaterad och väl förtrogen med gällande regelverk inom området. Funktionsföreträdaren är verksamhetschefen behjälplig i bland annat planering, uppföljning och kontroll av verksamheten samt vid upprättandet av rutiner och riktlinjer. Verksamhetschef och funktionsföreträdaren träffas regelbundet för att arbeta med patientsäkerhet, omvärldsbevakning samt verksamhetsutveckling. Verksamhetschefen har uppdragit åt logoped Ingrid Thulin Olander att vara funktionsföreträdare.

### **Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och är skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. Logopederna har ett eget yrkesansvar för att arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet och ska medverka och bidra till att detta upprätthålls. De ansvarar också för att avvikelser och risker identifieras och rapporteras.

Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal inom varje enhet har ansvar för att:

- delta i framtagandet av ledningssystem, verksamhetsplan med åtaganden och arbetssätt m.m.
- delta i klagomåls- och synpunktshantering
- delta i uppföljning, analys och i det kontinuerliga förbättringsarbetet
- inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat.

### **Resurschef**

Resurschef, tillika verksamhetschef, är arbetsgivare för logopederna och har ansvar för att anställa logoped med rätt kompetens.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

(SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §)

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.*

Avvikelser dokumenteras i Profdoc Medical Office PMO samt rapporteras till verksamhetschefen enligt fastställd rutin. Funktionsföreträdare för logopederna och verksamhetschef går igenom och utreder samtliga avvikelser och beslutar om åtgärder. Avvikelserna följs upp i nätverksmöte med samtliga logopeder. Under 2017 har en avvikelse inkommit som bedömts ej allvarlig. Avvikelsen är utredd och åtgärdad. Ingen lex Maria anmälan är gjord.

I det systematiska kvalitetsarbetet har processer tydliggjorts och riskanalys genomförts. Underlaget används i den pågående revideringen av rutiner och riktlinjer. Resultat av egenkontroll, uppföljningar återförs till verksamheten för att säkerställa utveckling och förbättring.

### **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

(SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2)

*Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå*

1. *hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,*
2. *vika åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten,*

*Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för dem som önskar ta del av den.*

### **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits**

Logopederna använder PMO som dokumentationssystem. Kontinuerlig fortbildning i PMO har genomförts. Avvikelsehantering sker enligt SOSFS 2011:9. Logopederna träffas i nätverksmöte och då diskuteras arbetsmetoder, rutiner lagar och författningar som styr verksamheten. Identifiering av riskområden pågår ständigt. Samverkan finns med vårdgrannar t ex logopedmottagningen, BUP, barn- och ungdomshabiliteringen och socialtjänsten.

### **Åtgärder för ökad patientsäkerhet**

En översyn av ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården med tillhörande rutiner och riktlinjer är påbörjat under 2017 och fortsätter under 2018. Logopeder rapporterar in risker, tillbud, händelser och förbättringsåtgärder efter fastställd rutin. Rutiner har reviderats och förbättrats.

### **Utbildning och kompetensutveckling**

Kompetensutveckling har genomförts inom ett flertal områden; nya riktlinjer kring språkstörningsdiagnosen utifrån internationell konsensus, intervention vid läs-och skrivsvårigheter, intervention vid språkstörning i förskoleåldern, inkluderande lärmiljöer samt specialpedagogiska perspektiv på insatser vid avvikande språkutveckling i förskolan.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

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

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*

*Enligt 3 kap.10§ patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*

- 2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats*

Verksamhetschefen ansvarar, i samråd med funktionsföreträdaren, för att en egenkontroll av bemanning och resursfördelning sker inför varje läsår.

Egenkontrollen visar följande brister:

- handlingsplan för våldsutsatta barn saknas
- handlingsplan för klagomål ska skapas, alternativt rutiner till kommunens klagomålshantering, så att klagomål från elever och vårdnadshavare i frågor som rör den logopediska verksamheten kommer verksamhetschefen tillkänna
- informationssäkerhetspolicy (inklusive revidering och komplettering av dithörande rutiner) är påbörjad under 2017 och ska färdigställas under 2018
- kraven på kvalitet, inklusive dokumentation och uppföljningar, har ökat vilket ställer krav på att logopeder ges möjlighet att inhämta kunskap inom hälso- och sjukvårdsområdet utöver kunskaper inom skolans område i övrigt.

### **Samverkan för att förbygga vårdskador**

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

*Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förbygga att patienten drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.*

*Enligt 3 kap.10 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*  
*3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,*

Det är viktigt att logopeder får kännedom om nya elever på skolan samt de elever som flyttar. Det är även viktigt att samverka när det gäller elever som får skyddad identitet eller som byter personnummer. Logopederna samverkar med elevhälsoteamen, pedagoger och administrativ personal på skolorna.

Logopederna samverkar med andra vårdgivare genom att:

- remissrutiner är framtagna och kända i verksamheterna,
- logopeder kan delta vid behov i Samordnad Individuell Planering (SIP),
- kontakt med logopedmottagning och andra medicinska enheter.

Logopederna samverkar med andra parter:

- Elever och vårdnadshavare
- Elevhälsan
- Blivande gymnasieskola vid övergång från grundskola till gymnasieskola
- Barn- och ungdomshabiliteringen
- Logopedmottagningen

## **Risakanalys**

*SOSFS 2011:9 5 kap. 1§*

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS skall fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS*

- 1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och*
- 2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

Logopederna ansvarar för att identifiera och rapportera risker som kan medföra negativa händelser eller tillbud i verksamheten och för elever genom avvikelserapportering. Verksamhetschef och funktionsföreträdaren ansvarar tillsammans med berörda för att göra en riskanalys och återföra information och kunskap till verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att påtala risker till vårdgivaren. Riskanalys har under 2017 genomförts kring processer och rutiner i ledningssystemet.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §Patientsäkerhetsberättelsen ska, utöver vad som anges i 3 kap.10§ § patientsäkerhetslagen (2010:659), innehålla uppgifter om*

- 1. de uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3 och som är av större betydelse,*
- 2. de riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 § ,*
- 3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap, 6 § 4 och som är av större betydelse,*
- 4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem, och*



*5. den granskning som har gjorts enligt 5 kap. 7 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Datasäkerheten ska säkerställas med att de uppgifter som finns dokumenterade ska vara överskådliga och följa vårdprocessen. Inga incidenter av större betydelse som kunnat medföra risk för vårdskada har inrapporterats. Den medicinska delen av elevhälsan använder PMO som digitalt journalföringssystem.

Risikanalys angående journalföring har genomförts och rutiner är under revidering. Informationssäkerhetspolicy enligt HSLF-FS 2016:40 har påbörjats under 2017 och ska färdigställas under 2018. Loggkontroller görs regelbundet. Avsikten är att undersöka om inloggande personer är behöriga i ärendet. Loggarna förvaras av funktionsföreträdaren. Vid avvikelse kontaktas verksamhetschefen. Samtliga inom den medicinska delen av elevhälsan är väl insatta i bestämmelserna om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd enligt 14 kap. socialtjänstlagen (2001:453).

## **Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap.4 § och SOSFS 2011:9 7 kap.2 § p 5*

*Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.*

*Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen(2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av kap.3. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur punkt*

*5. rapporter enligt 6 kap.4 § patientsäkerhetslagen har hanterats*

Logopederna rapporterar händelser som har medfört skada eller hade kunnat medföra skada för barn/elev i samband med vård och behandling. Detta görs på blankett för avvikelser. Verksamhetschef och funktionsföreträdare ansvarar för händelseanalys och åtgärder.

## **Avvikelser**

Verksamhetschef sammanställer och återför resultat och åtgärder från avvikelshanteringen till verksamheten. Vid allvarlig vårdskada görs anmälan enligt lex Maria. Vid omfattande brister görs anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2017 har 1 avvikelse inkommit som bedömts ej allvarlig. Avvikelsen är utredd och åtgärdad. Ingen lex Maria anmälan är gjord.

## **Klagomål och synpunkter**

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

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från*

- 1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,*
- 2. personal,*
- 3. vårdgivare,*
- 4. de som bedriver socialtjänst,*
- 5. de som bedriver verksamhet enligt LSS.*
- 6. myndigheter, och*
- 7. föreningar, andra organisationer och intressenter.*

*Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Utöver vad som framgår av kap.3. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*

*6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.*

Klagomål och synpunkthanteringen i kommunen används för synpunkter och klagomål från barn/elever och vårdnadshavare i frågor som rör den logopediska verksamheten. Klagomål och synpunkter på omhändertagandet ska alltid tas om hand och vidarebefordras till verksamhetschefen. Logopederna ska främja möjligheter att samverka med barn/elever och vårdnadshavare i dessa frågor.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap.4 §*

*Vårdgivaren skall ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.*

Insatser av logoped ska ses som ett erbjudande, där skriftligt medgivande undertecknat av både vårdnadshavarna krävs. Överföring av logopedjournal till och från verksamhet utanför kommunen eller till friskola sker med vårdnadshavarnas skriftliga medgivande. På gymnasiet inhämtas tillstånd från eleverna. Endast kopior skickas av pappersjournal.

Logopederna stävar alltid efter samarbete med elev och vårdnadshavare för bästa möjliga resultat av vård och behandling. Barn/elev bör alltid få information om det som rör honom eller henne och informationen ska vara anpassad till ålder och mognad. Barn/eleven skall ha medinflytande som med stigande ålder övergår till självbestämmande. Hänsyn tas till gällande sekretessbestämmelser. En välinformerad patient upplever större känsla av trygghet.

Vid behov samverkar logoped vid information om elevs sjukdom/funktionshinder till elev och/eller personal.

Information och samverkan med elever och vårdnadshavare skall alltid vara anpassad efter barnets/eleven behov, ålder, kunskap och behov. Informationen ska ges på ett tydligt och respektfullt sätt. Information ges bland annat om:

- logopedens insatser
- information om sekretess
- information om vidtagna åtgärder och information om vad man skall vara uppmärksam på

Auktoriserad tolk används alltid vid behov.

Medverkan från elev och vårdnadshavarna är viktiga delar i omhändertagandet och arbetet med patientsäkerhet.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap.6 §*

*Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter skall sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS skall kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.*

Verksamhetschef och funktionsföreträdaren går regelbundet igenom aktuella negativa händelser och förbättringsåtgärder och återför resultatet till verksamheten. Det finns inga rapporterade synpunkter och klagomål rapporterade under 2017.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p3*

*Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå*

*3. vilka resultat som har uppnåtts*

*Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.*

Det finns en tydlig organisation för logopedverksamheten och det finns ett upprättat ledningssystem med tillhörande rutiner, riktlinjer inklusive rutiner för avvikelshantering. Logopederna deltar i arbetet med att utveckla säkra rutiner. Kompetensutveckling genomförs kontinuerligt utifrån individuella och generella behov. Alla vårdkontakter dokumenteras i journal.

## Övergripande mål och strategier för 2018

### Mål

Under 2018 fortsätter det övergripande arbetet med att revidera ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet med tillhörande riktlinjer och rutiner.

Trelleborg dag som ovan

Ann Heide-Spjuth  
verksamhetschef