

Patientsäkerhetsberättelse för Hällefors kommun År 2022



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	21
Riskhantering	21
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelse	22
Klagomål och synpunkter	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28

SAMMANFATTNING

Den samlade bedömningen är att årets utvecklingsarbete i patientsäkerhet skapat en bra grund för ett mer systematiskt och samordnat arbete vilket kommer stärka patientsäkerheten samt stödja omställningen samhandling för hälsa. Långsiktighet och strategiska analyser har varit i fokus under året snarare än fragmenterade åtgärder vilket inneburit att målvärden för enskilda indikatorer inte uppnåtts.

Utvecklingsarbetet har främst bestått av implementeringsarbetet av nationella handlingsplanen i patientsäkerhet ”Agera för säker vård” och dess nulägesanalys som genomförts. Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i samverkan med delar av omsorgens verksamhet och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MA).

Utifrån en uppmärksam risk har verksamheten identifierat ett behov om ett förändrat arbetssätt hos den palliativa patienten. Arbetssättet innebär initialt att se över och revidera rutinen för patienter i livets slutskede och med symtomgenombrott. Rutinen ska gå i linje med *Nationellt vårdprogram för palliativ vård* även palliativa ombudens roll behöver förtydligas och kvalitetssäkras.

I samband med analysarbete i stöd av avvikelser har det observerats att den största angivna orsaken till att avvikelserna har inträffat är brister i kommunikation och att gällande rutin ej följts. Verksamheterna kommer att arbeta med fördjupade analyser kring orsaker till det.

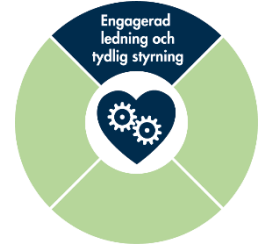
Följsamhet kring Riktlinjen för läkemedelshantering har medfört ett omfattande arbete. Under 2022 har läkemedelshanteringens kvalitetssäkrats på ett flertal punkter.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Verksamheten styrs av aktuella lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvården såsom hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), patientdatalagen, PDL (2008:355), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659), SOSFS 1997:14 (delegering av arbetsuppgifter), SOSFS 2011:9 (ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete), SOSFS 2015:10 (basal hygien i vård och omsorg), HSLF-FS 2016:40 (journalföring och behandling av personuppgifter), HSLF-FS 2017:37 (ordination och hantering av läkemedel), HSLF-FS 2017:40 (systematiskt patientsäkerhetsarbete) samt HSLF-FS 2021:52 (medicintekniska produkter). Tillsammans med Region Örebro läns styrdokument ligger dessa till grund för arbetet med den kommunala hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

Uppsatta mål och strategier för 2022

Hälso- och sjukvårdsansvar – tydliggöra ansvar för första linjens chefer

- Att alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården ska få en riskbedömning utförd och att det finns åtgärder för att minimera identifierade risker

Hälso- och sjukvårdsprocessen – tydliggöra ansvaret för legitimerad personal

- Kvalitetssäkra dokumentationen

Systematiskt kvalitetsarbete – utveckla och säkra verksamhetens kvalité

- Upprätta och anta en lokal handlingsplan för patientsäkerhet utifrån den nationella handlingsplanen patientsäkerhet

Kompetensförsörjning – kompetenssäkra framtidens personalbehov

- Övergripande strategi för kompetensstyrning kopplat till patientsäkerhet

God och nära vård

- Fokus på omställningsarbetet kommer att ligga på förebyggande och främjande insatser för att bibehålla hälsan så långt det är möjligt och att undvika/fördröja vårdbehov.

Planerade aktiviteter

- ✚ **Patientsäkerhetskonferens** – inkluderar samtliga chefer som är kopplade till hemtjänst, vård- och omsorgsboende, LSS och HSL. Planerat att genomföras hösten 2022

Syftet: Fokus på patientsäkerhetsarbetet i kommunen. Skapa en samsyn inom omsorgen kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård och omsorg.

- ✚ **Planeringsdagar** – samtliga sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Återuppta aktiviteten med målet att genomföra planeringsdagar i februari som föregående år.

Syfte: Analysera resultaten i patientsäkerhetsberättelsen från året som gått och tillsammans arbeta fram strategier för en god och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering i kommunen.

Under våren genomfördes planeringsdagar med gruppen sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Syftet var att stärka gruppen, identifiera utvecklingsområden genom bland annat kollegial journalgranskning och Case med komplexa vårdbehov.

Kompetenshöjande insatser i form av patientsäkerhetskonferens har genomförts under hösten, den riktade sig till ansvariga enhetschefer med fokus på chefens ansvar gällande hälso- och sjukvård. Ett omfattande arbete har genomförts under hösten med hjälp av SKR:s verktyg för patientsäkerhet få fram en nulägesanalys, därefter få stöd att identifiera och prioritera möjliga insatser för en säker vård. Arbetet har lagt grunden för en lokal handlingsplan som kommer att presenterats som beslutsärende för kommunstyrelsen.

Initialt har EC HSL och MA utgjorts av en medicinsk ledningsgrupp, gruppen har regelbundna verksamhetsmöten två gånger per månad för övergripande hälso-och sjukvårdsfrågor, patientsäkerhetsfrågor och kvalitetsfrågor med mera.

Arbetsprocessen har lett till ett utökat samarbete med övriga ansvariga chefer inom omsorgens verksamhet. Tre strukturerade forum för dialog med EC hemtjänst, EC vård- och omsorgsboende och EC LSS samt Äldreomsorgschef med fokus på HSL frågor skedde under hösten 2022 och ytterligare ett i januari 2023, grupp sammansättningen går under namnet Ledningsteam HSL.

Under arbetsprocessen så har gruppen haft bra diskussioner kring patientsäkerhetsfrågor och kunnat identifiera brister utifrån den genomförda nulägesanalysen. Möjligheten att ha tid avsatt för att vända och vrida på svåra frågor, att få dela olika perspektiv har skapat en mer enhetlig bild inför vilka utmaningar som finns i verksamheten.

God och nära vård, det som kallas *Samhandling för hälsa* i norra länsdelen. Under året har det pågått ett arbete med att formatera arbetsgrupper utifrån olika pågående processer fokus på förebyggande och främjande insatser.

Organisatoriskt ansvar

Kommunstyrelsen

Vårdgivaren tillika kommunstyrelsen ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) och utifrån ett ledningssystem säkerställa det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Detta innebär exempelvis att:

- fastställa mål för kvalitetsarbetet, samt följa upp och utvärdera dessa mål
- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för målpåfyllelse i de mål som finns för verksamheten

Medicinskt ansvarig (MA)

Medicinskt ansvarig har övergripande ansvar för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa så att kraven på kvalitet, hög patientsäkerhet och god vård tillgodoses. I ansvaret ligger också att skriva en patientsäkerhetsberättelse innan 1 mars.

Socialchef

Socialchef för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för ledning och styrning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Äldreomsorgschef

Äldreomsorgschefen har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde. Äldreomsorgschefen ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvarig och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Äldreomsorgschefen ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Äldreomsorgschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschefer

Enhetschefen har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet och är ansvarig för resultatet. Enhetschefen ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Resultat och förbättringsåtgärder ska regelbundet rapporteras till äldreomsorgschef och medicinskt ansvarig. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal inom förvaltningens hälso- och sjukvårdsteam består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och undersköterskor. All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar såsom att ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård, ansvara för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Verksamheten har tillgång till Vårdhygien, Smittskydd, Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Life Care SP

Lifecare SP är ett webbaserat IT-stöd för samordnad planering mellan slutenvård, närsjukvård, psykiatrisk öppenvård och Örebro läns kommuner.

Samverkan mellan kommun och Region Örebro län

Länets kommuner och Region Örebro län samverkar i olika forum bland annat för att förebygga avvikelser i vårdkedjan som har eller hade kunnat innebära risk för vårdskada.

Nätverk för medicinskt ansvariga i Örebro län

MAS och MAR från länets 12 kommuner träffas regelbundet för samverkan.

Länsgemensamma riktlinjer och dokument kring hälso- och sjukvård framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet.

Länsdelsgrupp och Vårdkedjegrupp

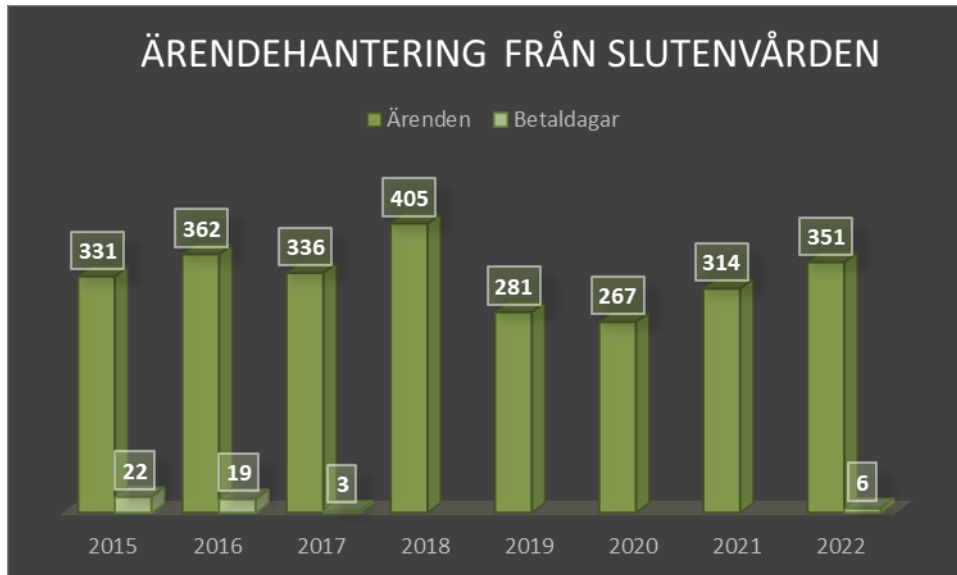
I varje länsdel finns en länsdelsgrupp och en vårdkedjegrupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från länsdelens samtliga kommuner. Länsdelsgrupps uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet, utifrån handlingsplan. Organisatoriskt sett ligger vårdkedjegrupp under länsdelsgrupp, länsdelsgrupp ger vårdkedjegruppen olika uppdrag kopplat till handlingsplan. Hällefors tillhör område Norr och i länsdelsgrupp ingår socialchef och i vårdkedjegrupp ingår MA.

Identifierade processer för samverkan

- Process Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Process koordineringsansvar
- Process Samordnad Individuell Plan, SIP
- Process Beslutsstöd VISAM
- Process för avvikelse i vårdkedjan, risker vid vårdens övergångar
- Process för MLA och MAS samverkan
- Process för mobil samverkan saknas.

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är en överenskommelse som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Örebro och Örebro läns kommuner. Överenskommelsen bygger på lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612).

Koordineringsansvar har inneburit 351 ärenden som hanterats och koordinerats från slutenvården under året 2022, en succesiv ökning under de tre senaste åren. Det som framkommer är en markant ökning kring avvikelser i vårdkedjan. Vilket direkt kan härledas till en alltför snabb utskrivning som påverkar både patienter och kommunens sjuksköterskor dvs patientsäkerheten och sjuksköterskornas arbetsmiljö negativt.



Samordnad individuell plan SIP ska upprättas tillsammans med den enskilde om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Syftet med SIP är att utifrån den enskildes behov och önskemål samordna verksamheternas stöd och insatser, samtidigt som den ger en helhetsbild av den enskildes situation för alla som är involverade i vården och omsorgen. SIP ökar även den enskildes inflytande och delaktighet kring insatser och stöd.

Beslutsstöd VISAM, är ett evidensbaserat verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det används om patienten, oavsett boendeform, försämras i sitt hälsotillstånd och sjuksköterskan behöver ta ställning till om läkare ska kontaktas eller inte samt om det finns behov av att tillkalla ambulans.

Avvikelse i vårdkedjan är en avvikelshantering mellan länets tre sjukhus, primärvården och kommunen. Här hanterar händelser som patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker och trygg vård för patienten i vårdens övergångar mellan den slutenvård, öppenvård och kommunal hälso- och sjukvård. Gruppen ska arbeta med utgångspunkt från gällande lagstiftning, Samverkan vid utskrivning (SVU) från slutenvård Hälso- och sjukvård.

MLA och MA samverkan, med målsättning att få större förståelse och kunskap för vad som händer i hela vårdkedjan samt att underlätta kontaktvägarna och förbättra samarbetet mellan kommun, slutenvård och primärvård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Inom hälso- och sjukvården finns flera olika områden där arbetet med säkerhet är centralt, informationssäkerhet är ett område. För att skapa en hög patientsäkerhet behöver arbetet med säkerhet genomsyra verksamhetens alla delar. Alla som hanterar information inom kommunen måste förhålla sig till informationssäkerhet utifrån de lagar och regler som finns. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Förvaltningen använder digitala verksamhetssystem vilket kräver informationssäkerhet. Det innebär bl.a. att säkra obehörig åtkomst till sekretessbelagda uppgifter. Riktlinje finns för hur förvaltningen ska göra systematiska och återkommande kontroller av hur ofta loggning av journaler ska ske. Under 2022 har loggning av slumpvis utvalda journaler skett.

Behörighet

En del i informationssäkerhet är tilldelning av behörigheter. Behörigheterna kan begränsa åtkomst till information i verksamhetssystemet. Tilldelning av behörigheter sker av den chef som har ansvar för personalen som ska tilldelas behörigheten.

Tjänste-ID kort - SITHS kort

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS kort vid inloggning i vårdsystemen Pascal, Life Care, Nationell patientöversikt (NPÖ) samt vid inloggning i kvalitetssystem. SITHS kort utfärdas efter att behörighetsbedömning genomförts.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



För att förvaltningen ska genomsyras av en god säkerhetskultur krävs insatser på flera nivåer. Forum för medicinska frågor kopplat till den kommunala hälso- och sjukvården har upprättats under året.

Medicinskt ledningsteam och Ledningsteam för systematiskt patientsäkerhetsarbete HSL. Medicinska ledningsteamet består av EC HSL och MA, teamet har regelbundna verksamhetsmöten två gånger per månad för övergripande hälso-och sjukvårdsfrågor, patientsäkerhetsfrågor och kvalitetsfrågor.

Ledningsteam för systematiskt patientsäkerhetsarbete HSL består av ansvariga chefer inom omsorgens verksamhet äldreomsorg och funktionsstöd.

Verksamhetsmöte med legitimerad personal genomförs utifrån kalendarium där fokus är systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



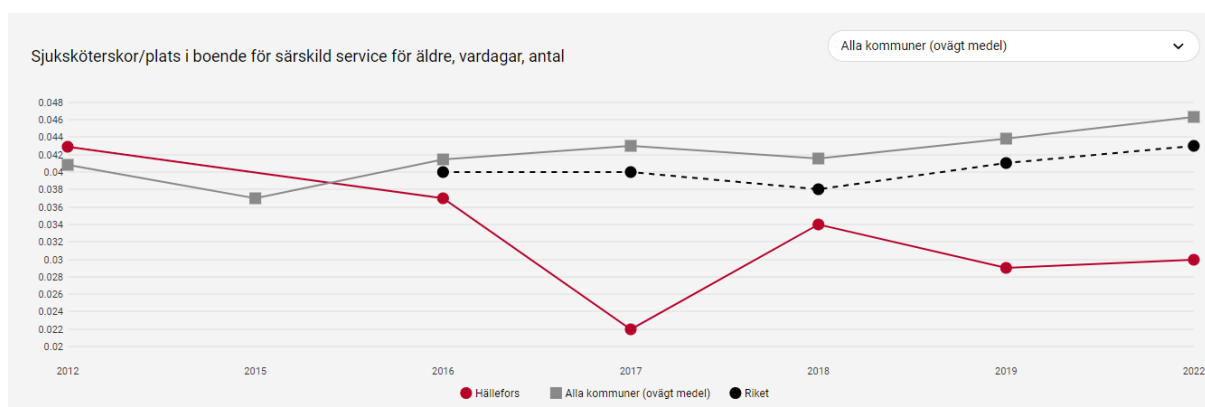
Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Att ha rätt utbildning är en förutsättning för en patientsäker vård. För att stärka upp bemanningsproblematik har enhetschef HSL förstärkt sjuksköterskegruppen under året med en undersköterska med utökad delegering.

Två sjuksköterskor går vidareutbildning till distriktsköterskor och förväntas få sin examen under början av 2023. Det bedrivs kompetensutbildning och fortbildning på alla nivåer i förvaltningen, det är viktigt att både bemanna utifrån nutida behov men också utifrån framtida behov, viktigt att det finns personal med rätt kompetens med rätt förutsättningar för att utföra ett gott arbete.

Resultat nulägesanalys

Nulägesanalysen i patientsäkerhet har analyserat grundläggande förutsättningar såsom

- adekvat kunskap och kompetens samt verksamhetens yrkesmässiga kompetenssammansättning,
- utredningsmetodik inom risk- och händelseanalys,
- att ledning och styrning synliggör samt prioriterar tid för utbildning samt utformar en kompetensförsörjningsplan utifrån kartlagda behov ses som viktiga åtgärder.
- introduktion och fortbildning utifrån omvärldsbevakning och framtida behov behöver paketeras tydligare samt att stärka legitimerad personals handledande funktion mot baspersonal.

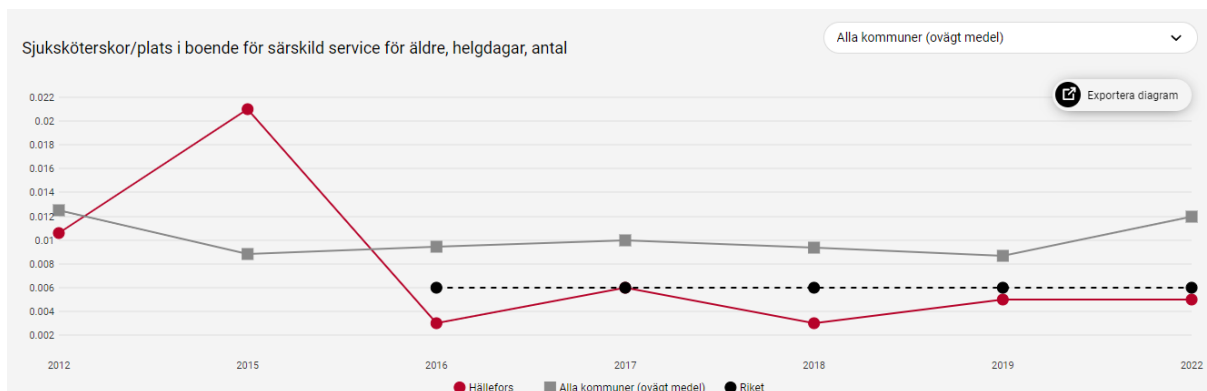


Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, vardagar, antal

Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Sjuksköterskor/plats enligt schema. Inklusivt samtidigt ansvar för andra personer vid andra enheter eller i ordinärt boende. Vardagar, första veckan i mars månad år T, antal. Källa: Socialstyrelsens Äldreguiden.

ID: U23490

Typ: Kommun



Sjuksköterskor/plats i boende för särskild service för äldre, helgdagar, antal

Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Sjuksköterskor/plats enligt schema. Inklusivt samtidigt ansvar för andra personer vid andra enheter eller i ordinärt boende. Helgdagar, första veckan i oktober år T, antal. Källa: Socialstyrelsens Äldreguiden.

ID: U23494

Typ: Kommun

För att möta framtidens hälso- och sjukvård måste det finnas både legitimerad personal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter) även utbildad omvårdnadspersonal i tillräcklig utsträckning för att bedriva en god och säker vård.

Mobilt arbetssätt

Ett mobilt arbetssätt innebär att ha tillgång till aktuella arbetsverktyg utan att behöva finnas på kontoret/arbetsplatsen. Genom ett mobilt arbetssätt minskar dubbelarbete, att medarbetaren kan använda sin tid mer effektivt i delar av sitt uppdrag, vilket kan leda till både ökad patientsäkerhet, effektivisering av verksamheten och bättre arbetsmiljö för medarbetarna. Utifrån ett mobilt arbetssätt behöver inte handlingar finnas med utskrivna till olika möten, vilket tillsammans med direkt dokumentation i system, ökar rättssäkerheten. Gruppen sjuksköterskor kommer samtliga att använda bärbara datorer för att nå samtliga system.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Direkta vården

Samverkan med närstående sker främst vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter/klagomål, avvikelser, vid SIP och kontinuerliga möten i det dagliga vardagsarbetet.

I verksamheten finns ett närvarande patientfokus i det vardagliga arbetet. Patienter och närstående ska ses som medskapare i den direkta vården vilket också är en förutsättning i det dagliga arbetet inom teamet. Arbetet ska ta hänsyn till patienters och närståendes kunskap om sina egna behov vilket också är av stor vikt för motivation hos patientmålgruppen. Bemötande, kommunikation samt motiverande arbete är viktiga verktyg i mötet mellan patient och personal. Patienter görs delaktiga i den egna vården genom bland annat SIP och delaktighet vid upprättande av vård/rehab plan. Att ha aktiva, medskapande, patienter och närstående stärker patientsäkerheten.

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom kommun och mellan olika vårdgivare hämtas från patienten för att säkra vården. Den enskilde har möjlighet att begränsa tillträde till endast viss information, för visst tillfälle eller för viss vårdpersonal. Den enskilde har även rätt att ta tillbaka sitt samtycke. Samtycke lämnas/återkallas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ. Det finns även möjlighet för patienten att spärra vissa uppgifter till andra vårdgivare

Åtgärdsförslag för att främja delaktigheten

- prioritet av ledning och styrning, beslut om delaktighet och medverkan
- ändamålsenligt avvikelsesystem samt utredningsmetodik för att analysera klagomål och synpunkter
- forum för delaktighet och inflytande såväl i direkta vården som i utvecklingsarbete, strategiska och organisatoriska beslut.
- utveckla dokumentation som synliggör patientens delaktighet
- inventera behov samt bygga upp samarbete med patient- och brukarorganisation

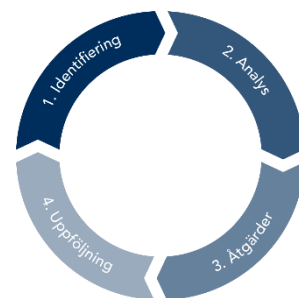
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Under 2022 har verksamheten jobbat med säkerställande av olika områden (antigen genom egenkontroller eller via mål och strategier) som t.ex.: dokumentation, läkemedelshantering, skyddsåtgärder, basala hygienrutiner, samt team och intern- och externsamverkan.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Journalgranskning			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Journalgranskning Syfte: att säkerställa att dokumentation sker i den omfattning som lagen beskriver det. Frekvens: 1g/år Metod och omfattning: journalgranskning.	90 % av patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har en upprättad vårdplan Variationer finns kring kvalitén på planen		
Läkemedelshantering			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Läkemedelsgranskning – patienternas egna läkemedel som förvaras i kommunens regi Syftet: att säkerställa läkemedelshantering som är förenad med hög patientsäkerhet. Frekvens: 1g/år Metod och omfattning: Okulär kontroll utförd av EC HSL och MA	Läkemedelsrummen har inte varit ändamålsenliga, säkra och funktionella Trångt i läkemedelsrummet frågeställning kring mängden omläggningmaterial behövs alla skåp om mängden skulle minska. Det finns också risk att material utgår i datum för hållbarhet.	Läkemedelsrummen har flyttats om, säkrats upp med galler för fönster, kodlås med loggningsfunktion. Ändamålsenliga läkemedelsskåp samt Beskaffats med miljöstation Särskilt förråd för omläggningmaterial, ska inte förvaras i buffertförråden Uppdatering av rutin kopplat till Riktlinjen för Läkemedelshantering Granskningen har även visat behov av att uppdatera rutiner kring ansvarar för läkemedelsförrådet, ansvarar för inventering och kontroll av hållbarhet Fortsatt revidering av rutin Läkemedelshantering kommer att ske under 2023	

Läkemedelsgranskning – kommunens buffertförråd Syftet: att säkerställa läkemedelshantering som är förenad med hög patientsäkerhet. Frekvens: 1g/år Metod och omfattning: kvalitetsgranskning av extern utförare. Granskningen omfattar tre förråd		Granskare från annan kommun ansåg att de tre buffertförråden hade en god följsamhet till kontrollmomenten.	
Medicintekniska produkter			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Kontroll av MTP produkter saknas utifrån framtaget stöd i hjälpmedelsmodellen	Kontrollutrustning lyft och säng kontrollbesiktning saknas utifrån den granskning som gjorts under året	Att använda hjälpmedelsmodellen i Viva utifrån systematik i vardagsarbetet	
Skydds och begränsningsåtgärder			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Rapportering av skydds, tvångs och begränsningsåtgärder Syfte: Säkerställa att rutin för skyddsåtgärder används Frekvens: var 3: månad Metod och omfattning: mätning genom egenrapport gällande antal skyddsåtgärder och sort av skyddsåtgärder. Ögonblicksbild för varje enhet.	Sammanställning av skyddsåtgärder 2022 Inom äldreomsorg/ Vård- och omsorgsboende är det främst skyddsåtgärdena rörelselarm samt sänggrindar som används. Inom Funktionsstöd finns också individuellt utformade skydds- och begränsningsåtgärder i större utsträckning såsom EP- larm och skyddshjälm	Fortsatt egenkontroll under 2023 utifrån rutin. Riktade verksamhetsuppföljningar är planerade under hösten 2023.	

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Hantering för avvikelser- och klagomålshantering inom hälso- och sjukvård i det patientnära arbetet har under året hanterats på enhetsnivå och händelser som kategoriserats som allvarliga har hanterats av MA. Redovisning av avvikelser finns ytterligare beskrivet under avsnitt ”stärka analys lärande och utveckling - avvikelser”. Efter översyn av inkomna avvikelser med klassifikation 8 eller mer anses som allvarlig och hanterades genom händelseanalys och åiterrapporterats till myndighetsnämnden.

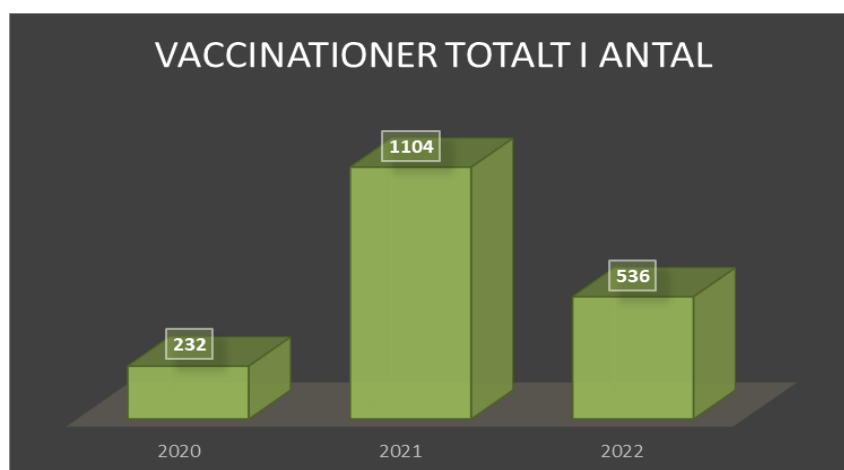
Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



För att omsorgen i Hällefors ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig, finns överenskomna arbetssätt – processer - som ska säkra kvaliteten i våra verksamheter. Verksamheten använder sig av kvalitetsregister i syfte att främja systematiskt arbetssätt med stöd av identifiering av risker hos patienter men även i syfte att bidra till den nationella kunskapsbasen. Verksamheten har uppmärksammat att arbetssätt med kvalitetsregister och vaccinationsregister behöver fortsatt utvecklas likaså arbetet med resultaten från registren.

Vaccination mot Covid-19



Under åren 2020–2022 genomfördes en stor vaccinationsinsats mot Covid-19, arbetet med att organisera och planera var omfattande.

Riskbedömning enligt Senior alert

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

- att uppnå en systematisk, trygg och förbättrad nutrition
- att säkerställa ett hälsosamt liv och främjar välbefinnande för våra äldre
- utbildningskoncept säkerställer och inkluderar likvärdig utbildning av god kvalitet som främjar livslångt lärande för alla, oavsett profession och/eller verksamhet.
- ökad jämställdhet genom ökad förståelse och ett organisatoriskt lärande i registrets styrkor vilket leder till egenmakt på olika nivåer (individ/grupp/samhälle).

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Hällefors kommun	74	98% ↑ 93 av 95	61% ↑ 57 av 93	86% ↑ 80 av 93	60% ↓ 40 av 67	17 ↑ 12 personer	27 ↑ personer	92 ↑ 17 personer	37 ↑ personer
Fyrklövern	0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	0% ↓ 0 av 0	4 ↑ 2 personer	0 ↓ personer	0 ↑ 0 personer	0 ↓ personer
Gillersgården	20	100% ↑ 20 av 20	90% ↑ 18 av 20	100% ↑ 20 av 20	0% ↓ 0 av 0	3 ↑ 2 personer	8 ↑ personer	12 ↑ 2 personer	13 ↑ personer
Hällefors Gamla Björkhaga	20	100% ↑ 24 av 24	0% ↓ 0 av 24	96% ↓ 23 av 24	48% ↓ 14 av 29	0 ↑ 0 personer	5 ↓ personer	0 ↑ 0 personer	5 ↓ personer
Hällefors Hemsjukvård	10	100% ↑ 11 av 11	18% ↑ 2 av 11	18% ↑ 2 av 11	20% ↓ 1 av 5	2 ↑ 2 personer	4 ↑ personer	0 ↑ 0 personer	7 ↑ personer
Hällefors Söder HSV	10	92% ↑ 11 av 12	91% ↑ 10 av 11	91% ↑ 10 av 11	33% ↑ 1 av 3	3 ↑ 2 personer	5 ↑ personer	18 ↑ 6 personer	4 ↑ personer
Hällefors Öster HSV	13	92% ↑ 12 av 13	100% ↑ 12 av 12	83% ↓ 10 av 12	100% ↑ 10 av 10	2 ↑ 2 personer	4 ↑ personer	0 ↑ 0 personer	5 ↑ personer
Nya Björkhaga Hsv	15	100% ↑ 15 av 15	100% ↑ 15 av 15	100% ↑ 15 av 15	70% ↓ 14 av 20	3 ↑ 3 personer	6 ↑ personer	62 ↑ 10 personer	12 ↑ personer

Förklaring

Alla summor baseras på urvalsperioden

Unika personer: Antal personer som har fått minst en riskbedömning. Observera att i totalen för uppdragsgivande kommun/regionen räknas varje person som unik endast en gång, samma person kan ha varit inskriven på flera enheter/avdelningar och räknas därmed som unik på fler registrerande enheter.

Trend: Föregående periods resultat visas genom att föra muspekaren över pilarna som indikerar trend.

- ⬆️ Minskning jämfört föregående period
- ⬆️ Ökning jämfört föregående period
- ↔️ Ingen skillnad jämfört föregående period

Riskbedömningar med risk

Täljare: Antal riskbedömningar med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar.

Bakomliggande orsaker vid risk

Täljare: Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Åtgärdsplan vid risk

Täljare: Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Utförda åtgärder vid risk

Täljare: Antal uppföljningarna i nämnaren som gjorts inom 6 månader från åtgärdsplaneringen och som har minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk.

Trycksår

Antal trycksår.
Antal unika personer med minst ett trycksår.

BMI<22

Antal personer med BMI mindre än 22.

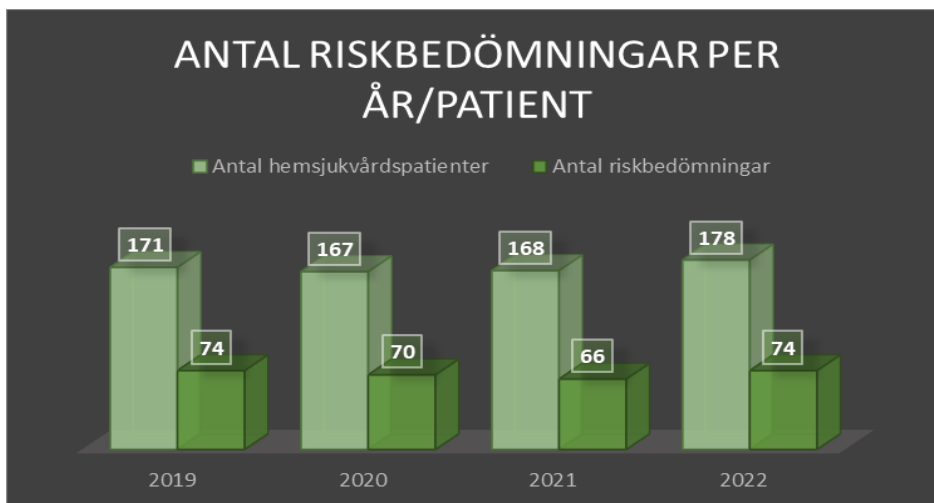
Fall

Antal fall.
Antal unika personer som fallit.

Munhälsa grad två

Antal personer med någon grad 2:a enligt ROAG.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Hällefors kommun	74	98% ↑ 93 av 95	61% ↑ 57 av 93	86% ↑ 80 av 93	60% ↓ 40 av 67	17 ↑ 12 personer	27 ↑ personer	92 ↑ 17 personer	37 ↑ personer
Trycksår		43% ↑ 41 av 95	56% ↑ 23 av 41	78% ↑ 32 av 41	64% ↓ 16 av 25				
Undernäring		62% ↑ 59 av 95	56% ↑ 33 av 59	83% ↑ 49 av 59	64% ↓ 25 av 39				
Fall		83% ↓ 79 av 95	62% ↑ 49 av 79	85% ↑ 67 av 79	63% ↓ 35 av 56				
Munhälsa		65% ↑ 61 av 94	70% ↑ 43 av 61	85% ↑ 52 av 61	56% ↓ 24 av 43				



60% av patienterna saknar riskbedömning

Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall

För förklaringar av beräkningar och vad som visas, [se mer längst ned i rapporten](#).

För att se registrerande enheters resultat, klicka på namnet på den administrativa enheten.

Sverige / Kommun / Region

Hällefors kommun

År

2022

Typ av enhet

Alla

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning
Hällefors kommun	9	67% ↑ 6 av 9	100% ↑ 6 av 6	50% ↑ 3 av 6	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Fyrklövern	0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0
Hällefors Söder HSV	9	67% ↑ 6 av 9	100% ↑ 6 av 6	50% ↑ 3 av 6	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0

Förebyggande arbete

Att arbeta med att förebygga blåsdysfunktion innebär att **stödja personen** i att själv göra det man kan och att tillvara på de äldres egna resurser och möjligheter.

Det kan handla om att:

- påminna om eller hjälpa personen till toaletten innan urinläckage uppstår
- använda ett toalett-schema med regelbundna toalettbesök som anpassas utifrån personens behov, regelbundna toalettbesök är viktigt
- kontrollera att personen har en bra sittställning, så att personen kan slappna av och tömma blåsan på ett bra sätt
- Underlivshygien är extra viktigt hos en person med urin- eller avföringsinkontinens då tarmbakterier är den vanligaste orsaken till nedre urinvägsinfektion. Vid stöd eller hjälp med underlivshygien måste basala hygienrutiner följas.

För personer som bor på **särskilt boende** finns konservativa behandlingsmetoder som uppmärksamhetsträning och toalettassistens. Urininkontinens kan i många fall förebyggas, lindras eller behandlas så att bot eller minskade läckage uppnås. I de fall där så inte är fallet kan livskvalitet förbättras genom ökad kunskap, träning och med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, förekommer hos 90 % av alla personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD är t.ex. hallucinationer, motorisk oro, sömnsvårigheter, ångest och apati.

BPSD-registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är främst att minska symtom och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD-registret bidrar till forskning och utveckling inom demensvården. Arbetet skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön.

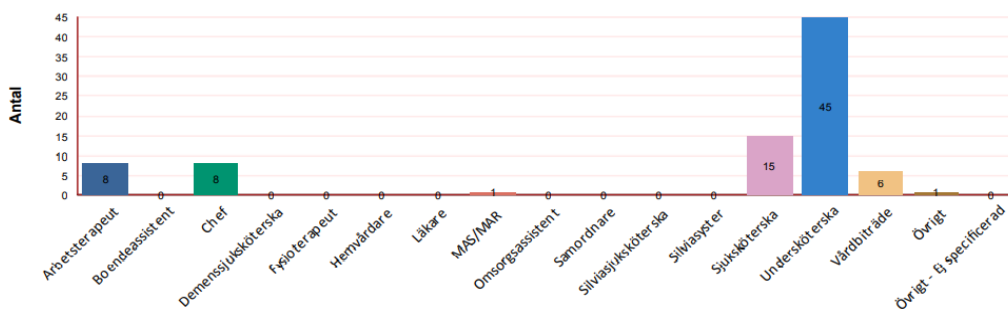
Certifierade utbildare

Två certifierade utbildare finns i kommunen en arbetsterapeut och en sjuksköterska. Uppdraget som utbildare varierar något, men består i huvudsak av att genomföra administratörsutbildningar, vara ett stöd i implementeringen av arbetssättet och att hålla uppföljande träffar för administratörer samt att minst en gång per år delta i de nätverksträffar som BPSD-registret ordnar för certifierade utbildare.

ANTAL UTBILDADE PERSONER I KOMMUNEN

Alla enheter som ansluter sig till BPSD-registret utser ett multiprofessionellt team, som deltar i en 2,5-dagarsutbildning med fokus på BPSD, demenssjukdomar, bemötande, förbättringsarbete och praktisk träning i registret.

Teamets uppgift är att driva registerarbetet tillsammans med enhetens övriga medarbetare. Olika yrkesroller har olika uppdrag, men alla är lika viktiga.



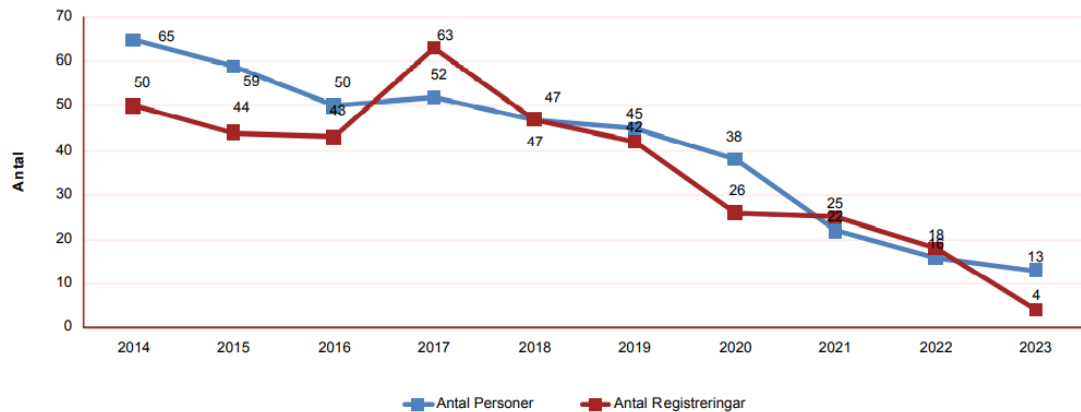
Utdata ur registret är ett litet exempel på hur det ser ut i Hällefors kommun.

ANTAL REGISTRERADE PERSONER I AKTUELL KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Rekommendationen från BPSD-registret är att man bör göra uppföljningar regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

I diagrammet visas antalet registrerade personer i din kommun samt antalet registreringar inkl. uppföljningar.



Andel personer som bedömts vara smärtfria

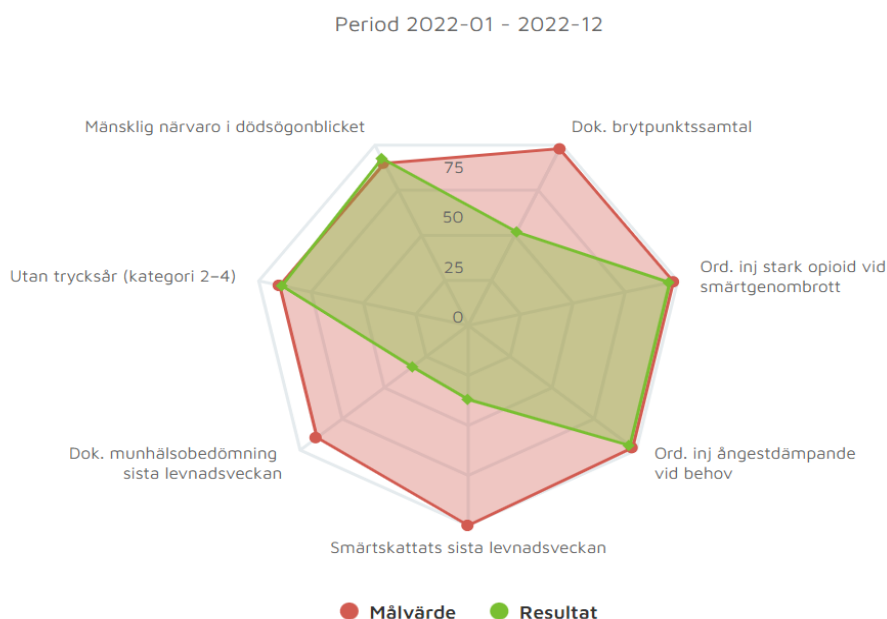
Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem etc. I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.



Palliativa registret

Palliativa registret används som kvalitetsregister i verksamheten. Syftet är att förbättra vården vid livets slut. Utdrag från palliativa registret visar resultat från registreringar under året. Kvalitetsindikatorer som inte är uppfyllda ”smärtskattats sista levnadsvecka”, ”dokumenterad munhälsobedömning den sista levnadsvecka”, ”dokumenterat brytpunktssamtal”. Resultatet tas med för vidare analys och eventuella förbättringsåtgärder framåt.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Verksamheten ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter med mera.

Riskhantering

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

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Säker rapportering

Under 2022 har verksamheten identifierat risker vid rapportering mellan professioner. Under 2023 kommer arbetet fortsätta för att implementera en strukturerad överrapportering mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Följsamheten till överrapporteringsrutiner kommer att kvalitetssäkras genom uppföljningar under 2023.

Patienter i livets slutskede

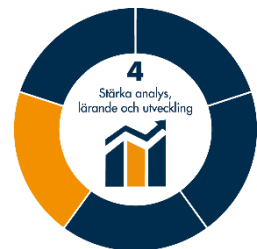
Under 2021–2022 har utredningar påvisat att det finns risk att patienter i livets slut inte alltid får den vård som de behöver under obekvämt arbetstid. Under 2023 kommer rutinen för palliativvård att justeras i linje med *Nationella vårdprogrammet för palliativ vård*, även rutinen för de palliativa ombuden kommer att revideras med en uppdragsbeskrivning. I det arbetet deltar två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en undersköterska som studerar *Specialistundersköterska med inriktning palliativvård* tillsammans med MA.

Avvikelsehanteringen

Brister har identifierat när det handlar om processen kring avvikelser. Särskilt framträdande var avsaknaden av teamarbete som är ett utmanande utvecklingsområde. Förbättringsåtgärder kopplade till beskrivet område är därav prioriterat.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. Ett forum för ansvariga chefer har skapats under 2022 med syfte att informera och diskutera hälso- och sjukvårdsfrågor. Exempel på diskussion kan vara att öka kunskap om utredning och analys av avvikelser. Det systematiska förbättringsarbetet består bland annat av; riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner.

Avvikelser

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

Avvikelser inom områdena fall, läkemedels och information/dokumentation och bemötande, utebliven vårdåtgärd och avvikelse över vårdgivargräns är de enskilt största kategorierna. Även medicintekniska produkter/ hjälpmedel samt rehabilitering/ habilitering är avvikelsekategorier som finns inom hälso- och sjukvård.

Flödet på enheterna

Varje medarbetare som identifierar en negativ händelse, tillbud eller vårdskada har skyldighet att rapportera. I dagsläget sker rapporteringen genom avvikelsemodul i Viva.

Enhetschef tar emot avvikelserapporten och gör den primära bedömningen gällande allvarlighetsgraden. Inkomna avvikelser hanteras i teamsamverkan, diskussion om aktuella åtgärder och uppföljningsdatum bestäms tillsammans. Teamet har god kännedom om hanterade avvikelser, vilka åtgärder som vidtagits och deltar vid uppföljningen, som visar om de insatta åtgärderna gett förväntad effekt. Det är av stor vikt att händelseanalys görs i teamsamverkan, inte endast av en profession. Vid avvikelse av allvarlig karaktär eller när analysen påvisar 8 eller mer skickas avvikelser till MA.

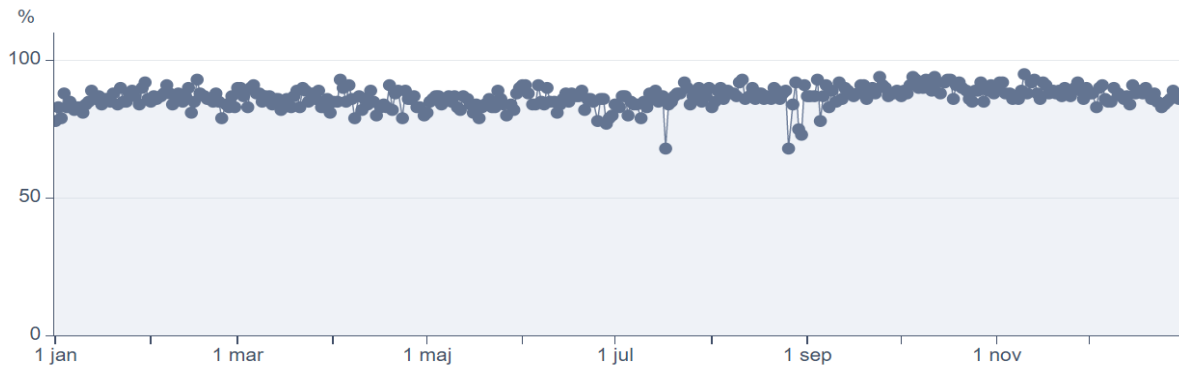
Flödet för MA

Händelseanalysen utreds och redovisas i myndighetsnämnden samt med en återkoppling till berörd verksamhet, alternativt bedömning om lex Maria anmälan. Återkoppling av övriga avvikelser sker på verksamhetsmöten och i ledningsgrupper på olika organisatoriska nivåer. Sammanställning av avvikelser görs enligt utarbetat rutin och slutanalys redogörs i Patientsäkerhetsberättelsen.



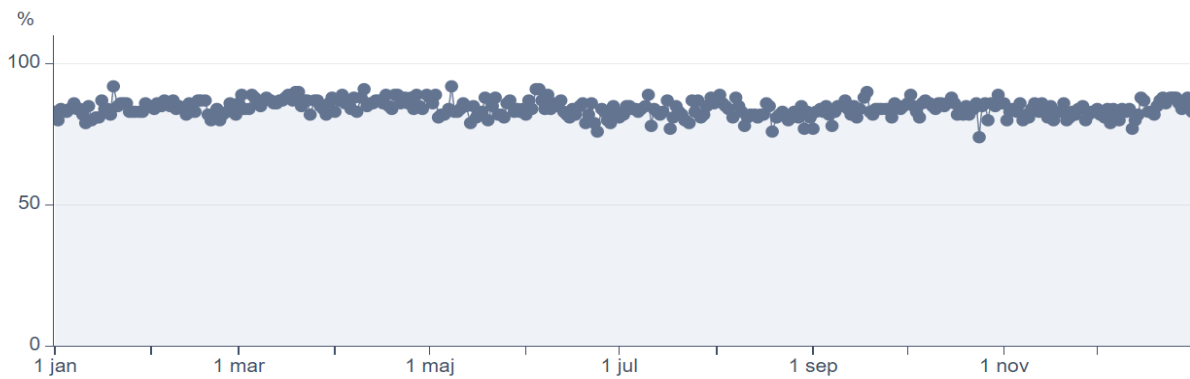
Den vanligaste avvikelsetypen när det gäller läkemedel är i överlämnande fas eller ordination och det handlar främst om utebliven dos men också om bristfällig hantering av signering. De dispenseringsystem som avvikelserna mest handlar om är dosdispenserade läkemedel alternativt dosett.

Hemtjänst oberoende om verksamhet 2022-01-01 – 2022-12-31



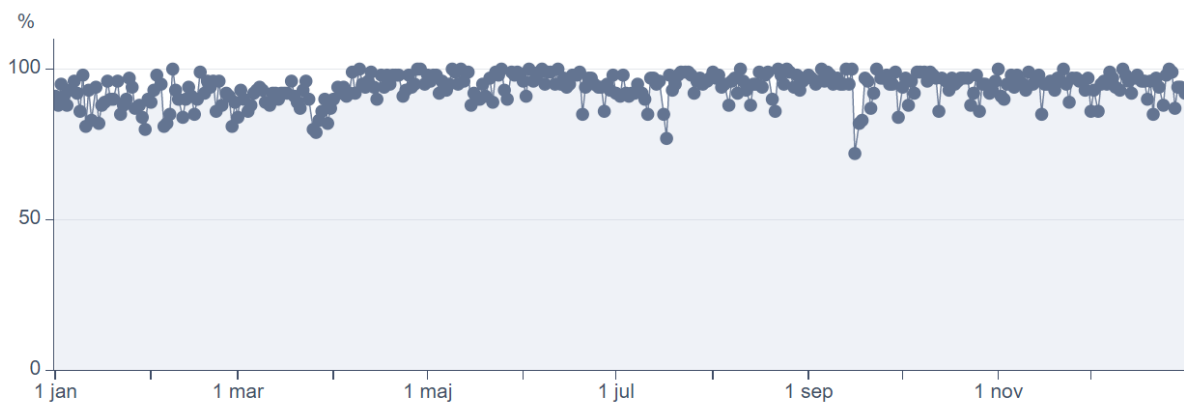
I TID 87 % 📉	EJ I TID 13 %	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD -1 % färre i tid	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID 7 minuter
ANDEL SIGNERADE INSATSER 97 %		TOTALT ANTAL INSATSER 125926	

Vård och omsorgsboende oberoende om verksamhet 2022-01-01 – 2022-12-31



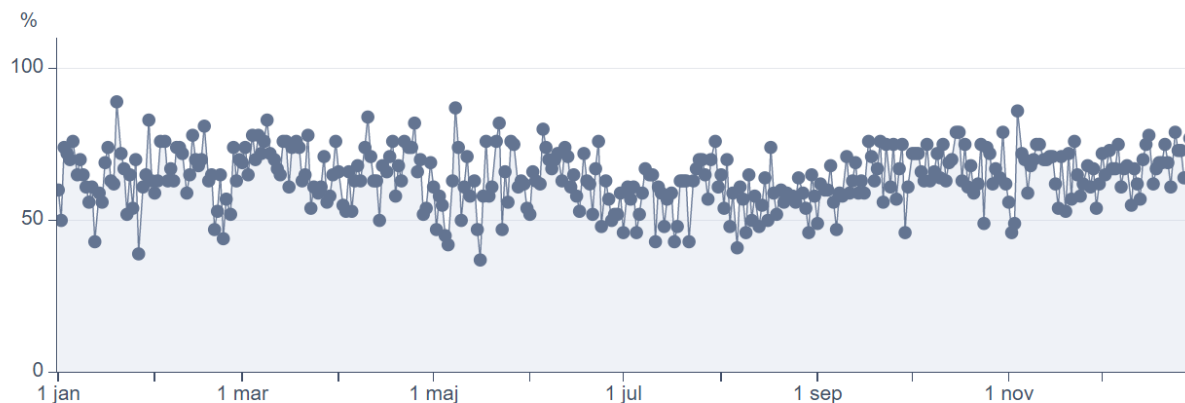
I TID 84 % 📉	EJ I TID 16 %	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD -1 % färre i tid	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID 9 minuter
ANDEL SIGNERADE INSATSER 98 %		TOTALT ANTAL INSATSER 260588	

LSS oberoende om verksamhet 2022-01-01 – 2022-12-31



I TID 94 % 📉	EJ I TID 6 %	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD 0 % fler i tid	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID 5 minuter
ANDEL SIGNERADE INSATSER 99 %		TOTALT ANTAL INSATSER 34128	

Ordinerade lägesändringar oberoende om verksamhet 2022-01-01 – 2022-12-31



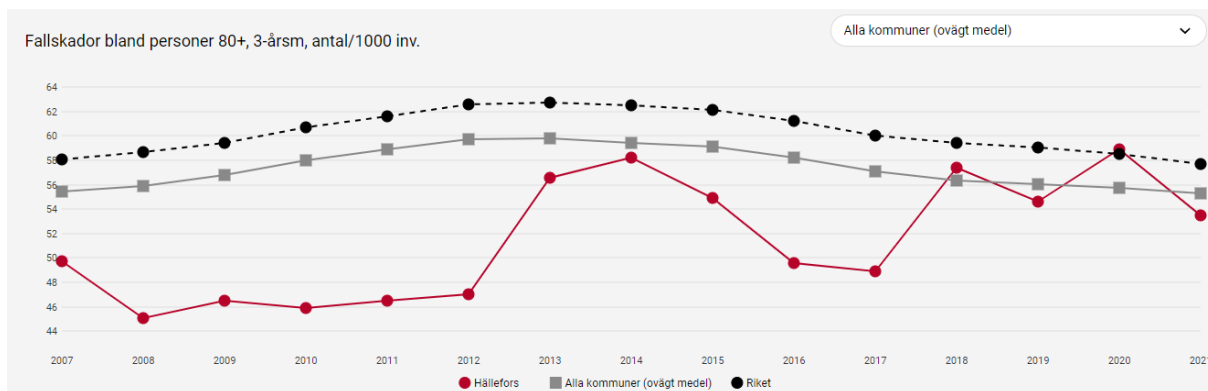
I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID
64 %	36 %	1 % fler i tid	17 minuter
		ANDEL SIGNERADE INSATSER	TOTALT ANTAL INSATSER
		99 %	19655

Fall

Det har registrerats 1062 fall under 2022, under 2021 registrerades 964 fall, en ökning av inom avvikelse fall med 10 %. Det var 10 frakturer under 2022 och 11 frakturer 2021, fallskador som föranlett sjukhusvistelse och onödigt lidande. De vanligaste konsekvenserna av fallen framkommer av tabellen nedan.



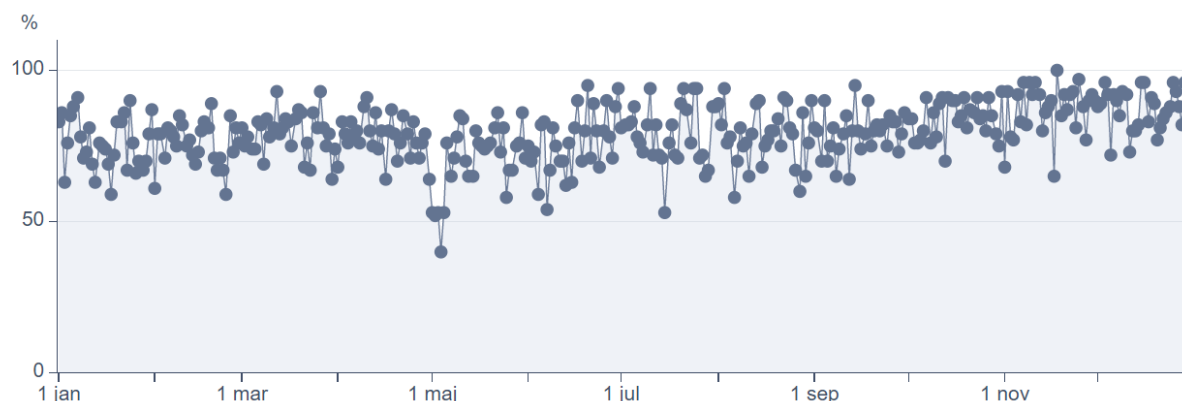
Under året 2022 skedde totalt 1062 fall (2021 964 fall, 2020 958 fall), fördelat på omsorgens samtliga verksamheter. 2022 var det 8 unika individer som föll vid upprepade tillfällen mellan 20 – 46 antal fall under året.



Fallpreventionsarbete bygger på bedömning av risker och åtgärder. Teamet träffas och går igenom bedömningsmaterialet tillsammans, identifiera risker och åtgärder, dokumentera dessa, vem som ansvarar för åtgärderna och uppföljning.

Ordinerad av fysioterapeutträning oberoende om verksamhet 2022-01-01 – 2022-12-31

Regelbunden rörelse stärker musklerna, som i sin tur skyddar leder och skelett. Det ökar också din rörlighet och balans som i sin tur minskar risken för fallskador och benbrott. Att röra på sig påverkar också vikten, blodfetter, blodtryck och blodsocker i rätt riktning.



I TID	EJ I TID	FÖRÄNDRING FRÅN FÖREGÅENDE PERIOD	GENOMSNITTLIG AVVIKELSE I TID
79 %	21 %	3 % fler i tid	35 minuter
ANDEL SIGNERADE INSATSER		TOTALT ANTAL INSATSER	
88 %		8612	

Journalgranskning

Genom uppdrag *Samhandling för hälsa*, har granskning av dokumentationen vid SIP genomförts under 2022. Syftet var att se hur varje profession tog ansvar för sin del i dokumentationen, kunde dokumentationen påvisa den enskildes delaktighet i planen. Ett tiotal SIP:ar kvalitetsgranskades utifrån bland annat mål, dokumentation, kommunikation, samordningsansvar samt uppföljning. Resultatet varierade, det som dock var påtagligt var att patientens mål som uppgavs vid SIP inte följde med över när genomförandeplan/vårdplan eller rehabplan upprättades.

KVÅ kod = sökords klassificering i journal

	2019	2020	2021	2022
XV021 Inhämtande av information vid läkemedelsgenomgång	0	0	0	9
XV015 Enkel läkemedelsgenomgång	0	0	0	15
XV016 Läkemedelsgenomgång fördjudad	0	0	0	27
AV027 Ordination och uppföljning av pågående läkemedelsbehandling	949	747	603	871
XV030 Uppföljning av Im handling av annan legitimerad personal än läkare	0	0	0	2
AK047 Ultraljudsundersökning, residualurinbestämning (Bladderscan)	17	23	28	30
GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (exklusive rullstol)	565	609	470	489
QT017 Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning	112	141	176	239
QT007 Hjälpmedelsrådgivning	134	153	188	54
PM003 Bedömning av att förflytta sig själv utan att ändra kroppsställning	67	39	16	11
QM015 Gångträning (Inom parentes = AT)	424 (25)	827 (48)	1544 (100)	1570(67)

Slagning på journalsökord ger en bild av exempelvis lågt antal läkemedelsgenomgång bör vara minst 175 i antal här redovisas 42 utförda r/t brist på läkare

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden, IVO eller mejl, registreras i diariet och skickas till ansvarig handläggare.

Alla klagomål ska utredas av den enhetschef som är ansvarig för berörd verksamhet.

Medicinskt ansvarig (MA) är delaktig i utredning där behov finns. De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet. Med dessa utredningar som underlag ska resultaten av de aktiviteter som genomförts och de åtgärder som vidtagits säkra verksamhetens kvalitet. Det finns förbättringsmöjligheter för hanteringen av klagomål och synpunkter då den övergripande hanteringen är otydlig.

Verksamheten behöver uppmuntra patienter och deras närstående att lämna synpunkter och klagomål, möjligheter finns via hemsidan att lämna klagomål och synpunkter.

Totalt har sex klagomål och synpunkter inkommit som är kända för MA.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

Mätning av säker vård och uppmärksam handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen omfattar fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård, områden som också ligger till grund för prioriteringar av åtgärder på kommunal nivå. Under 2022 har verksamheten HSV arbetat med att analysera

samtliga fokusområden. Analysen kommer att ligga som grund för prioriteringar inom hela patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.

Fortsätta att kvalitetssäkra verksamheten genom att planera, leda och kontrollera genom egenkontroller och uppföljningar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med strukturen i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.

Strategier för 2023

Följsamhet till Lokal Handlingsplan för patientsäkerhet som inkluderar följande fyra grundläggande förutsättningar behövs för att minska vårdskadorna:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare