



Kinda
kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Kinda kommun År 2022



2023-03-07

Diarienummer

Liselott Sjöstrand Nilsson, verksamhetschef HSL

Suzana Yelvington, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eric Starräng, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inledning

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.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Delegeringsutbildning	9
Förflyttningsutbildning	9
Hygien	9
HSL ansvar	9
Utbildning Nära Vård	9
Patienten som medskapare	9
Öka kunskapen om inträffade vårdskador	10
Avvikelsehantering	10
Läkemedelshantering	11
Klagomål och synpunkter	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Hemtagningsprocess	12
Delegering	12
Avvikelseprocess	12
Säker vård här och nu	12
Vårdprevention	12
Hygien	13
Smutsiga hjälpmedel	14
Evondos läkemedelsautomat	14
Resultat svenska palliativregistret	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	17

SAMMANFATTNING

Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Den som erhåller vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet, ges möjlighet till ökad delaktighet och inflytande samt att patientsäkerheten ska stärkas.

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad i linje med vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Under året har verksamheterna fortsatt påverkats av coronapandemins effekter, året har inneburit en omställning mot att återuppta, omforma samt aktualisera arbetssätt, utbildningar, rutiner och riktlinjer som pausats eller genomförts utifrån pandemins förutsättningar föregående år.

Patienters enskilda behov av mer avancerad hälso- och sjukvård ställer allt högre krav på verksamheterna och deras arbetssätt, omställningen till nära vård ställer krav på utveckling av samverkan mellan alla yrkeskategorier utifrån den enskilde patientens behov.

Under 2022 har arbete för ökad samverkan mellan Kinda kommun och Region Östergötland genomförts. Genom täta och regelbundna avstämningar med Närvårdsklinken har kommunen tillsammans med regionen arbetat för att förbättra hemgångsprocessen från sjukhus, där fokus legat på personcentrering och samordning. Avvikelser mellan kommun och region har diskuterats och legat till grund för områden vi arbetat vidare med. Det har även gjorts ett stort arbete gemensamt med Region Östergötland kring uppstart av närvårdsplatser i Kinda kommun, dessa kommer öppnas under första kvartalet 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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. Ledning, chefer, medarbetare och medicinskt ansvariga ska systematiskt samarbeta i patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård.



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet ska tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet.

Syftet med patientlagen (2014:821) är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Organisation och ansvar

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

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, vård och omsorgsnämnden. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Kravet på att verksamhetschef ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs, regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvariga har tillsammans med verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för

ledningssystemet. Medicinskt ansvariga bevakar och följer upp kvaliteten och säkerheten så den upprätthålls samt utgör ett stöd för verksamheterna och professionerna. De ansvarar även för att det finns styrande dokument för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.

Medicinskt ansvariga utreder och följer upp händelser i verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. På delegation från nämnden ansvarar MAS för anmälan enligt lex Maria till IVO.

Verksamhetschefer

Har ett helhetsansvar för sin verksamhet, att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare har man ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver god vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Enhetschefer

Har ett helhetsansvar för sin enhet, för att gällande styrdokument är kända samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på enheten och att de får en fullgod introduktion som krävs för att utföra uppdragen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverka för organisationen och patienternas bästa.

Legitimerad personal/delegerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa. Delegerad personal ansvarar på samma sätt som legitimerad i de arbetsuppgifter man har delegering för att utföra.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal biträder legitimerad personal och utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Omvårdnadspersonal arbetar för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagar, styrande dokument, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

En god säkerhetskultur

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



Patientsäkerhetsdialoger

Vid 5 tillfällen per år träffas medicinskt ansvariga, chefer för äldreomsorg, funktionsstöd och hemsjukvård. Områdena som diskuteras är: hygien, läkemedelshantering/delegering, vårdprevention/kvalitetsregister, avvikelshantering och hjälpmedel/rehabilitering.

Arbetet med dessa dialoger har utvecklats under 2022, deltagare ska sätta tydliga mål utifrån de diskussioner som förts inom varje område och detta följs upp vid nästkommande tillfälle. Andra aktuella områden inom organisationen kan lyftas i detta forum. Under 2022 har 3 av dessa planerade tillfällen genomförts. Dialoger kring hygien och vårdprevention/kvalitetsregister uteblev.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektiv vård och i slutändan vårdskada för patienten. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdgivare.

Extern samverkan;

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Östergötland och kommunerna i länet.
- Riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Östergötland och de östgötska kommunerna.
- Riktlinje för uppsökande tandvård.
- Riktlinje för samordnad individuell plan (SIP). Ett arbete med att utveckla nyttjandet av SIP för invånare i Kinda kommun har pågått under 2022 och fortsätter under 2023.
- I LGVO (Ledningsgrupp för vård och omsorg) deltar förvaltningschefer från de tretton kommunerna i länet samt representanter från regionen.
- Kommunerna har en överenskommelse om samverkan med enheten för Smittskydd och vårdhygien i Östergötland.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kisa vårdcentral.
- Avtal specialiserad hemsjukvård (LAH) tillsammans med Kisa vårdcentral.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten med vårdcentralen i Kisa.
- Hemtagningsteam bestående av nyckelpersoner från kommunens hemsjukvård och biståndsenheten samt sjuksköterska och läkare från Kisa vårdcentral.
- De medicinskt ansvariga funktionerna deltar i ett länsövergripande nätverk - MALG 1 ggr/månad.
- MAR deltar i länsövergripande möten med övriga MAR i Östergötlands län samt i möten med länets hjälpmedelskonsulter.
- Veckovis avstämning med den regionala Närsjukvårdens ledning för genomgång av avvikelser mellan kommun och region. Dessa möten startades upp under 2022 utifrån behov av att stärka samverkan och öka patientsäkerheten vid övergång mellan vårdgivare.

Intern samverkan i förvaltningen;

- Kvalitetsmöten på särskilda boenden för äldre och gruppboendestäder enligt LSS hålls regelbundet där hela teamet samverkar kring patienten. På kvalitetsmöten följs rapporterade avvikelser upp, de bearbetas och analyseras, åtgärder vidtas för att förebygga att oönskade händelser och risker inträffar på nytt. Samverkan kring enhetens kvalitetsarbete är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- På korttidsenheten har verksamheten kvalitetsmöten två gånger per vecka och då deltar även biståndsbedömare.
- På de särskilda boendena för äldre träffar ansvarig sjuksköterska omvårdnadspersonalen varje vecka för avstämning, här deltar även paramedicinare vid behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt:

- Systemkontroller/loggar av användarkonton i verksamhetssystemet utförs två gånger per år. Rutin för loggkontroll finns och efterlevs.
- Journalgranskning gällande hälso- och sjukvård planeras utföras två gånger per år. Denna analyseras och följs upp med berörda parter samt återkopplas till arbetsgrupp och MAS. Under 2022 har journalgranskning utförts vid 1 tillfälle. Mallen sågs över under hösten 2022 och ska användas under 2023.
- Meddelanden till Kisa vårdcentral innehållandes personuppgifter skickas via krypterad mail.
- Tvåkomponents Inloggning används gentemot Region Östergötlands journalsystem Cosmic.

Patienten garanteras en säker vård där professionerna kring patienten säkerställer att;

- Patientansvaret är tydligt med namngiven sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
- Årliga läkarbesök och läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.
- Att patientens dokumentation sker på ett korrekt sätt.

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.

Kinda kommun arbetar med arbetsplatslärande och tar stöd av Evikomp som omfattar en lärplattform, lärarstöd och utbildning av chefer.

Kinda Kommun ingår i certifierat vård och omsorgscollege och har därmed ett nära formaliserat samarbete med lärcenter i Kinda. Detta möjliggör en tillgänglighet till omvårdnadsprogram och även ett samarbete till att iordningställa metodrum för utbildningsinsatser.



Delegeringsutbildning

Rutin för hur delegering ska genomföras finns inom förvaltningen. Delegeringsprocessen förändrades under våren 2022. Det krävs nu ytterligare steg för att kunna få en delegering, dels en webb utbildning och sedan teoretisk och praktisk genomgång.

Förflyttningsutbildning

Under 2022 har ingen praktisk utbildning inom förflyttning genomförts för vård och omsorgspersonal. Ett arbete med uppstart av KUTeam kring förflyttningsutbildning som kommer implementeras under 2023.

Hygien

Under hösten 2022 höll enheten för Smittskydd och vårdhygien utbildning i basal hygien för chefer och hygienombud inom Funktionsstöd och Äldreomsorg. Utbildningarna syftar till att få grundläggande kunskap i basala hygienregler och hur man praktiskt arbetar med detta ute på arbetsplatserna. Hygienombuden ska också kunna visa och inspirera sina arbetskamrater att arbeta smittsäkert samt vara ett stöd till enhetschefen.

HSL ansvar

MAS och MAR höll utbildning för alla verksamhets- och enhetschefer med fokus på deras HSL-ansvar. Rollen som enhetschef har många ansvarsområden i uppdraget. Utbildningen kommer erbjudas årligen för att säkerställa att alla har samma grundkunskap.

Utbildning Nära Vård

Under 2022 har en stor del av chefer inom funktionsstöd, äldreomsorg och hemsjukvården gått ledarskapsutbildning via SKR.

Information kring omställningen till medarbetare inom förvaltningen har gått ut på APT, arbetet med att sprida information fortsätter under 2023.

Patienten som medskapare

En annan grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vårdgivaren ger patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerheten. I praktiken innebär detta att patienten och/eller närstående, beroende på patientens vilja och förmåga, deltar i vårdplanering, i upprättande av riskbedömningar (Senior alert), SIP (samordnad individuell vårdplanering), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Ett personcentrerat arbetssätt skall tillämpas där personens kunskaper och engagemang skall tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är aktiv i sin egen vård.

Vid en Lex Maria anmälan ska patienten och eventuellt närstående informeras om att en anmälan skickats, samt informeras om Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) svar på utredningen.

Öka kunskapen om inträffade vårdskador

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet t ex i jämförelse med tidigare resultat. Från uppmätt resultat beskrivs analys, åtgärd och uppföljning.



Avvikelsehantering

Registrering av avvikelser görs i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Totalt registrerades 1109 avvikelser år 2022 fördelat i kategorier enligt nedan.

Avvikelseyp	2022	2021
Fall	606	715
Läkemedel	331	396
Omvårdnad	104	57
Vårdkedjebrist	36	29
Medicinteknisk produkt	32	26
	1109	1223

I tabellen nedan redovisas sammanfattning av resultatet och analysen av registrerade avvikelser.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla händelser som medför risk för vårdskada eller en vårdskada rapporteras och hanteras enligt rutin med syfte att stärka patientsäkerheten.	Avvikelser sammanställs 4 gånger/år samt årligen	<p>Fall - Antalet fall varierar beroende på att en eller flera brukare kan falla ofta i perioder och alla tillfällen ska anmälas även när inga skador har inträffat. I nuvarande avvikelseystem är det svårt att få fram statistik på frakturer kopplade till fall, möjligheten till att få fram statistik och hur detta rapporteras kommer ses över under 2023 då nytt avvikelseystem införs.</p> <p>Det fallförebyggande arbetet, med hjälp av till exempel Senior alert är planerat för översyn under 2023.</p> <p>Läkemedel - Avseende rapporterade avvikelser gällande läkemedel är den enskilt största händelsekategorin att dos missas att ges. Under 2023 planeras införande av digital signering i samband med byte av verksamhetssystem.</p> <p>Omvårdnad - Brister i arbetsrutiner är vanligaste anledningen till omvårdnads avvikelser. På patientsäkerhetsdialog har det lyfts att det troligtvis finns ett mörkertal för omvårdnads avvikelser, arbete pågår med att öka inrapportering av dessa avvikelser.</p>

		<p>Vårdkedjebrist - Brister i följsamhet av rutin vid utskrivning från slutenvård är den vanligaste vårdkedjebristen.</p> <p>Medicinteknisk produkt - Brister i följsamhet av rutiner är vanligaste anledningen till avvikelser.</p>
--	--	--

Synergiavvikelser

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
En säker och trygg vård med hög kvalitet för patienten.	Sammanställning av synergiavvikelser till och från regionen 1 gång/år Avvikelsesystemet	Totalt var det 23 avvikelser skrivna till regionen och 6 från regionen till kommunen. De flesta avvikelser rör utskrivningsprocessen, brister i följsamhet av rutin och brister i överrapportering.

Lex Maria

En Lex Maria har hanterats under 2022 relaterat till fall vid förflyttning med lyft.

Läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs varje år av extern legitimerad apotekare enligt avtal, under 2022 utfördes det inte men planerades in under första kvartalet 2023.

Klagomål och synpunkter

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Inkomna ärenden	Klagomål och synpunkter sammanställs 1 gång/år Patientnämnden, IVO	19 klagomål/synpunkter inkom från allmänheten som hanterades enligt rutin. Inga ärende inkom från Patientnämnden 2022. 3 ärenden inkom från IVO.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hemtagningsprocess

En intern arbetsgrupp med deltagare från hemtjänst, bistånd och hemsjukvård har under 2022 haft avstämning veckovis för att stärka samarbetet då patienter flyttar mellan vårdinrättningar. Detta arbetet fortsätter under 2023.



Delegering

Delegeringsprocessen är en komplex process som kräver rätt utbildning till rätt person i rätt sammanhang innan den legitimerade gör riskbedömning inför delegering. En översyn av hela delegeringsprocessen som inkluderar kommunikation mellan verksamheterna och hälso- och sjukvården har gjorts. Även utbildningsmaterial har tagits fram.

Avvikelseprocess

Revidering av processen för avvikelshantering utfördes tillsammans med chefer inom äldreomsorg och funktionsstöd.

Säker vård här och nu

Vårdprevention

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Preventivt, förebyggande arbetssätt med hjälp av Senior alert innebär att motsvarande minst 90 % av alla patienter oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa.



Resultatet och analysen av riskbedömningarna redovisas i nedanstående figur och tabell

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Kinda kommun	86	94% ↑ 117 av 125	92% ↓ 108 av 117	91% ↓ 107 av 117	79% ↑ 87 av 110	13 ↓ 10 personer	35 ↓ personer	7 ↓ 4 personer	36 ↑ personer	↓
Bergdala	39	93% ↑ 55 av 59	93% ↑ 51 av 55	93% ↓ 51 av 55	53% ↑ 23 av 43	2 ↓ 2 personer	16 ↓ personer	6 ↓ 3 personer	13 ↓ personer	↓
Hemtjänst Norr	0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	↓
Kisa Gruppboenden	0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	↓
Rimforsa Gruppboenden	0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0% ↔ 0 av 0	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	0 ↔ 0 personer	0 ↔ personer	↓
Stånggård	18	100% ↑ 25 av 25	88% ↓ 22 av 25	88% ↓ 22 av 25	97% ↑ 28 av 29	6 ↓ 3 personer	9 ↑ personer	1 ↓ 1 person	7 ↑ personer	↓
Västerliden	30	90% ↑ 37 av 41	95% ↓ 35 av 37	92% ↓ 34 av 37	95% ↑ 36 av 38	5 ↑ 5 personer	10 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	16 ↑ personer	↓
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla patienter/brukare oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert	1 gång/år Senior alert	<p>Av 125 riskbedömningar som registrerats hade 117 en eller fler risker. 92% av dem (108 st) tog man reda på bakomliggande orsak och 91 % (107 st) fick en åtgärdsplan.</p> <p>79% (87 st) fick åtgärderna utförda. Jämfört med året innan ses att färre riskbedömningar utförts under 2022 men att fler antal personer fått åtgärder planerade utifrån upptäckta risker. En förbättring ses också i utförda åtgärder. Under 2023 planeras en översyn av det preventiva arbetet. En omstrukturering av hur teamet kring patienten arbetar med hjälp av Senior alert.</p>

Hygien

I tabell nedan visas antal svar som från de fyra egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner som utförts under året.

Antal svar	2022	2021
vecka 10	120	156
vecka 23	53	150
vecka 36	138	169
vecka 49	48	119
	359	594

Resultatet och analysen av självskattningarna redovisas i nedanstående tabell

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
100 % följsamhet till basala hygienrutiner i allt patient/brukarnära arbete	Basala hygienrutiner och klädregler 4 ggr/år Självskattningar	Resultatet visar framförallt brister i att desinfektera händerna före handskanvändning och att man inte använde plastförkläde vid nära omvårdnadsarbete då risk finns för nedsmutsning av arbetskläderna, men även att man inte arbetade med korta naglar fria från nagellack och konstgjort material. Utbildning (Steg 1) i basal hygien genomfördes digitalt under hösten av enheten för Smittskydd och vårdhygien för chefer och hygienombud. Det är av vikt att hygienrutinerna följs då dessa bidrar till att minska risken för vårdskada. Resultaten ska redovisas på APT där man tar upp positivt utfall samt förbättringsmöjligheter med gruppen, diskutera hur man kan hjälpas åt för att uppnå 100 % resultat och att diskussioner ska leda till beslut om åtgärder.

Smutsiga hjälpmedel

Under 2022 gjordes en kontroll av hjälpmedel hos patienter inom förvaltningens ansvar. Hjälpmedlen skattades rena, lätt smutsiga eller smutsiga. Av 27 hjälpmedel bedömdes 3 vara rena, 16 lätt smutsiga och 8 smutsiga.

Evondos läkemedelsautomat

Under året har 5 patienter fått använda Evondos läkemedelsautomat.

Syftet var:

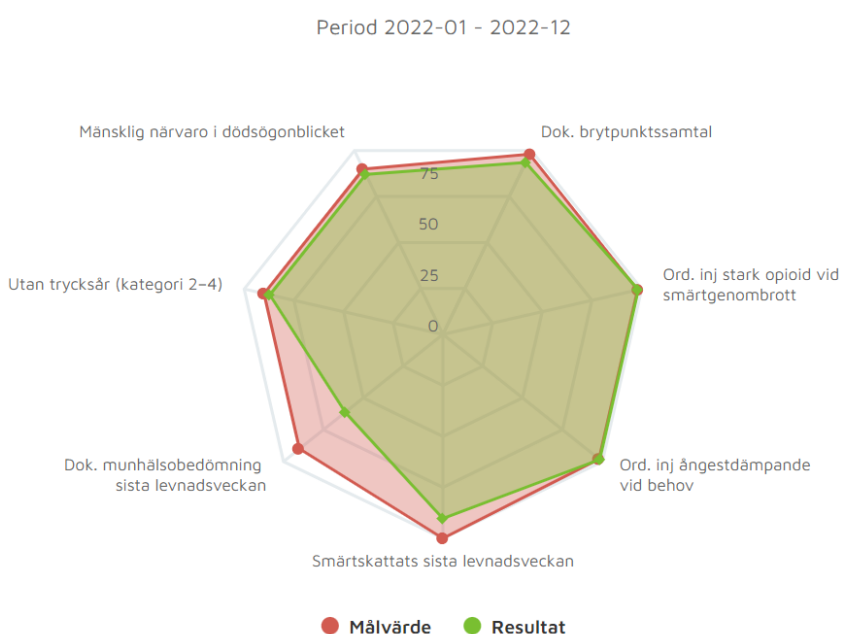
- Ökad patientsäkerhet
- Ökad trygghet i hemmet
- Mindre oro för anhöriga
- Ökad självständighet och självtillit

Dock har det varit svårt att hitta "rätt" patienter, vilka inte har andra insatser vid samma tidpunkt som när läkemedlen ska intas och som ändå har omvårdnadspersonal på plats. Från starten i maj och till den 31 december var 964 dospåsar givna där följsamheten var 100%, således förekom inga missade doser läkemedel under perioden eller avvikelser kopplade mot läkemedel.

Resultat svenska palliativregistret

Underlag från palliativregistret avser totala antalet (62 st) registrerade dödsfall för 2022. Resultatet visar att målvärden inte uppnåtts inom fem av sju indikatorer för god palliativ vård. Främst vad gäller dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan vilket är ett område att förbättra. Arbete med smärtskattning sista levnadsveckan som genomfördes år 2022 visar på förbättrat resultat jämfört med år 2021 då resultatet var 62,6 %. Behov finns av fortsatt kompetensutveckling avseende palliativ vård med tonvikt på helhetssyn och teamarbete kring patient och närstående.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	93,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	98,4
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	98,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	90,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	61,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	87,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	87,1

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.

Med hjälp av egenkontroller följs verksamhetens resultat upp. Analys och uppföljning av resultat sker på enhetsnivå. Egenkontrollerna ger verksamheterna underlag att upptäcka eventuella brister och identifiera förbättringsområden och vidare att planera och genomföra åtgärder.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Förebyggande arbete och patientsäkerhet

- Implementering av digital signering för ordinerade och delegerade HSL uppgifter.
- Utredda möjlighet till implementering av digitala läkemedelsskåp i ordinärt boende.
- Öka omsorgspersonalens kunskap rörande demenssjukdomar.
- På demensenheter ska arbetet fortsätta med BPSD-skattningar (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och åtgärder utifrån behov som framkommer.
- Journalgranskning ska genomföras 2 gånger under 2023 och åtgärder planeras efter resultaten.
- Risken för vårdskador ska minskas genom systematiskt arbete med riskanalyser och kvalitetsregister - fortsatt arbete med att registrera och planera åtgärder samt följa upp kvalitet med hjälp av Senior alert.
- Minska risken för vårdrelaterade infektioner med hjälp av egenkontroller och PPM-mätning (observationsstudie) av följsamhet till basala hygien och klädregler.
- Utföra kontroll av följsamhet till rutin av rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel.
- Förbättra samordning av vård och omsorg rörande personer med aktiv psykisk sjukdom.

Samordning och delaktighet

- Fortsatt förbättringsarbete av hemtagning och säkra övergångar i vården kopplat till lokala och regionala rutiner.
- Tydliggöra och följa rutiner gällande SIP (samordnad individuell vårdplanering).

Övrig förbättring och utveckling

- Fortsätta utveckla egenkontroller genom uppföljning av resultat, orsaksanalys av eventuella brister och systematiskt arbete med förbättringar.
- Tillsammans med regionen arbeta med omställningen till Nära vård.
- Uppstart av projekt kallat Intensiv hemrehabilitering med målet att öka självständigheten hos de personer som lämnar in ansökan till biståndsenheten.