



Hofors Kommun

SOCIALNÄMNDEN

Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden Hofors kommun 2022



Datum 2023-02-09

Taina Turunen, Tf Medicinskt ansvarig sjuksköterska from 2022-09-01

Linda Strand, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: 2023-12

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen 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 Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. 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.

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Det är patientsäkerhetslagen, SOSFS 2011:9 samt HSLF-FS 2017:3 som styr vad som ska inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen. De beskriver att bland annat följande ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen behandlas och antas av Socialnämnden och ska tillhandahållas för den som önskar ta del av den. Kommunens ansvar som sjukvårdshuvudman är att utifrån den enskildes behov ge en god och säker hälso- och sjukvård. Detta innebär att den ska:

- vara av god kvalitet, med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården samt vara lättillgänglig
- så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten och/eller dess anhöriga, olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Definitioner och förkortningar

- HSL: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- SFS: Svensk författningssamling
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- SOSFS: Socialstyrelsens författningssamling
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- MAR: Medicinskt ansvarig för rehabilitering



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

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
Strålskydd	6
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	9
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	9
Säker vård här och nu.....	9
Riskhantering.....	9
Stärka analys, lärande och utveckling	10
Avvikelse	10
Klagomål och synpunkter	10
Öka riskmedvetenhet och beredskap	10
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	11
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	12

SAMMANFATTNING

Socialnämnden har som mål att bedriva en säker vård- och omsorg med god kvalitet. För att kunna försäkra sig om måluppfyllnad behövs ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska beskriva verksamhetens rutiner inklusive hur samverkan ska ske samt hur egenkontroll, riskanalyser och avvikelser ska användas i förbättringsarbetet.

Verksamheten följer upp patientsäkerheten genom egenkontroll av uppsatta mål. Handlingsplaner upprättas vid behov och åtgärder planeras och genomförs.

Genom analys av avvikelser, klagomål och synpunkter samt inkomna ärenden från patientnämnden kan risker för vårdskador identifieras och hanteras. Avvikelser utreds, följs upp och återrapporteras i berörd verksamhet. Riktad journalgranskning genomförs i syfte att följa upp och granska den egna verksamheten.

Medarbetare inom verksamheterna har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud samt avvikelser. Inrapporterade händelser utreds och åtgärder har genomförts i syfte att öka kvalitet i verksamheten vilket leder till en ökad patientsäkerhet.

Verksamhetens mål för 2022 var

- Förbättra arbetet gällande läkemedelshanteringen
- Utbilda personalen i förflyttningskunskap och vardagsrehabilitering
- Följa upp verksamhetens kvalitet genom egenkontroll.
- Öka kunskapen och följsamheten kring basala hygienrutiner
- Utbilda personer i Abbey Pain Scale
- Ökad kunskap inom dokumentation och användandet av SBAR
- Utbilda personalen i BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom)

Delar av 2022 har fortsatt präglats av covid-19 där verksamheten ofta har fått ställa om och ändra sitt arbetssätt och rutiner utifrån gällande rekommendationer. Vaccinationer mot covid-19 har genomförts även detta år vilket tagit resurser i anspråk. Arbetet har fortsatt med att försöka hålla smittan borta från verksamheter och därmed minska smittspridningen. Verksamheten har samverkat med regionen, bland annat Vårdhygien och Smittskydd samt med Primärvården gällande hantering av skyddsutrustning då direktiven har ändrats.

För att stärka kompetensen inom olika områden hos personalen har utbildning genomförts, till exempel inom diabetes, palliativ vård och förflyttningskunskap/vardagsrehabilitering. Detta är ett arbete som fortgår och behöver återkomma kontinuerligt för att stärka patientsäkerheten. Under 2022 har det skett ett ökat inflöde av multisjuka patienter som ställer krav på ökad kompetens hos personalen. Kompetensutveckling behöver fortgå löpande då det är en viktig del för stärkt patientsäkerhet. En vård och omvårdnadsutvecklare har anställts för att samordna och driva processer för kompetensutveckling och förbättra verksamhetens vård- och omvårdnadsqualität.

Verksamheten har under 2022 påbörjat arbete tillsammans med Folk tandvården för införandet av projektet "Förebyggande hemtandvård" i syfte att förbättra tandvård och munhälsa.

Under året har nya samverkansavtal för läkarstöd upprättats som reglerar hur samverkan ska genomföras i varje enskild verksamhet för att säkerställa patientsäkerheten. Resultatet har blivit att läkarstödet har förstärkts.

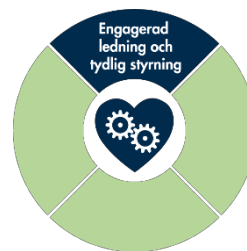
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Övergripande mål och strategier

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

- **Följa upp verksamhetens kvalitet genom egenkontroll.** Egenkontrollen ska genomföras enligt rutin.
- **Förbättra vården i livets slut genom öka användningen av Abbey Pain Scale.** Målet är att det ska vara en god vård i livets slut och strategin är att arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar och smärtskattning. Målet har funnits i flera år och behövs fortfarande.
- **Omvårdnadspersonalen utbildas i förflyttningskunskap och rehabiliterande förhållningssätt.** Målet är att all omvårdnadspersonal ska ha fått utbildning i förflyttningskunskap och rehabiliterande förhållningssätt i syfte att minska antalet vårdskador och möjliggöra för patienten att vara så självständig och delaktig i vardagen som möjligt.
- **Förbättra arbetet med läkemedelshanteringen.** Målet är att öka kompetensen genom att utbilda fler till undersköterskor.
- **Säker dokumentation.** Genomföra strukturerad journalgranskning årligen för att få ett större underlag för systematisk uppföljning av dokumentationen
- **God hygienisk standard.** Målet är att ha en god följsamhet gällande basala hygienrutiner och kläddregler. Observationer (punktprevalens mätning) ska göras för kontroll av följsamheten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren, kommunstyrelsen, har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.

Enligt ledningssystemet för systematiskt förbättringsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt patient- säkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska inom sitt område tillgodose att verksamheten bedrivs enligt gällande föreskrifter och med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat. Socialnämnden ansvarar för planering, ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänsten och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Socialnämnden ska;

- fastställa övergripande mål för kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa mål
- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättningar finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS har rollen som kravställare och ska ansvara för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAS ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

MAS fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

MAR har rollen som kravställare och ska ansvara för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs enligt 11 kap. § 4 i hälso- och sjukvårdslagen. I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAR ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

MAR fastställde även rutiner inom sitt lagstadgade område vilket framgår av hälso -och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6§.

Vård- och omvårdnadsutvecklare

Har rollen som projektledare för God och nära vård samt samverkar med övriga yrkeskategorier i verksamheten för att samordna insatser som bidrar till patientsäkerhet.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagstiftningen, kommunens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, och rutiner samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

Medarbetare som arbetar enligt SoL ansvarar för att utföra och verkställa beslutade insatser och att upprätta en genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde.

Medarbetarna ska också följa rutiner, styrdokument, beslut och samarbeta med team och andra arbetsgrupper. Vidare så ska de rapportera brister, missförhållanden och andra synpunkter.

Läkarkontakt

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården utan läkarstöd tillgodoses genom upprättat samverkansavtal. Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården och har ställning som konsult i förhållande till kommunen. Deras ansvar gentemot den boende består av ett övergripande ansvar för vård och behandling. Alla i särskilt boende har en patientansvarig läkare som kommer till boendet för samverkan med sjuksköterska och vid behov arbetsterapeut/fysioterapeut samt gör hembesök.

Hemsjukvård i ordinärt boende har läkare som regelbundet kommer och samverkar med hemsjukvårdens sjuksköterskor och vid behov arbetsterapeut/fysioterapeut samt gör hembesök.

Sjuksköterskan kontakter vid behov läkare på hälsocentralen dagtid. Kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkarcentralen i Sandviken. Patienten skickas till sjukhus efter konsultation med läkare när läkaren inte finns tillgänglig och tillståndet kräver läkarvård. Vid tillstånd som inte kräver omedelbar läkarkontakt sätts patienten upp till nästa läkarkonsultation.

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet samt Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser:

Hygienombud; fungerar som stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bland annat genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt vårdhygiens kontakt med respektive enhet.

Hjälpmiddelsombud; Fungerar som stöd för att kvalitetssäkra verksamhetens egna medicintekniska produkter.

Vårdhygien; planerar och samordnar infektionsförebyggande arbetet och stödjer det verksamheterna i det lokala arbetet med hygienfrågor.

Smittskydd Gävleborg; har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras i bland annat smittskyddslagen.

Lokala Stramagruppen; Strama är ett frivilligt nätverk med syftet att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier till och inom Sverige.

Patientnämnden; kommunen har avtal med regionens Patientnämnd. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter. Årligen träffas länets MAS/MAR och representanter för Patientnämnden.

Kliniskt träningscenter; tillgodoser utbildning och färdighetsträning av vårdpersonal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Här beskrivs de processer och områden som samverkan äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, avdelningar som hanterar medicintekniska produkter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är hur Socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar internt inom Socialnämnden och externt med andra vårdgivare. Formerna för hur samverkan regleras beskrivs i samverkansdokument.

Läkarmedverkan:

Socialnämnden tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilda boenden och i hemsjukvård.

Samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård:

Avtal om hemsjukvård mellan länets kommuner och Region Gävleborg. Arbetet inriktas allt mer på vår gemensamma patient, fokus ligger på Samverkanslagen "samverkan vid utskrivning från slutenvård" samt utredningen "God och nära vård".

Lifecare SVP/SIP är ett informations/kommunikationsverktyg som efter samtycke används för personer som är utskrivningsklara från regionens slutenvård. Länsgemensam överenskommelse finns.

Hjälpmedel:

Rehabitenheten samverkar med regionen och Hjälpmedel SAM kring hjälpmedelsfrågor.

Samverkan kommun och primärvård:

Vårdenhetschef från primärvården samt kommunens verksamhetschef, enhetschef för sjuksköterske- och rehabiliteringsenheten, enhetschef för hemtjänsten och MAS/MAR träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor. Syftet är att förbättra samverkan kring patienter över huvudmannagränserna. Även rutiner som kan vara aktuella för båda parter tas upp och diskuteras. Ansvarfördelning samt gemensamma behov av fortbildning kan diskuteras. Dessa samverkansträffar har ej genomförts enligt planering under 2022 och omtag behöver ske.

Samverkan kommunen och region Gävleborg:

Kommunen har avtal med Vårdhygien och regelbundna träffar med länets MAS, hygiensjuksköterska och smittskyddsläkare. Två gånger årligen träffas länets MAS hygiensjuksköterskor och smittskyddsläkare. Hofors kommun har tillgång till hygiensjuksköterska 4 dagar per år. Under dessa dagar genomförs hygienronder och utbildningar.

Tvårprofessionella teamträffar

På särskilt boende, inom korttidsverksamhet och hemsjukvård/hemtjänst utförs tvårprofessionella teamträffar. Syftet är att få ett strukturerat arbetssätt när det gäller det förebyggande arbetet och att detta ska vara en integrerad del i omvårdnadsarbetet.

Teamträffar genomförs varje vecka på enheterna enligt en förutbestämd planering. Under dessa planerade teamträffar genomförs riskbedömningar, uppföljningar samt planering av åtgärder. Deltagare är enhetschef, omvårdnadspersonal/näransvarig, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Tvårprofessionella teamträffar har ej utförts enligt rutin på alla enheter under 2022. Det arbetet behöver återinföras då det är ett viktigt arbetssätt för förebyggande av vårdskador och säkerställa patientsäkerheten.

Förebyggande hemtandvård

Uppsökande tandvård erbjuds av Folk tandvården region Gävleborg i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos personer med bestående och omfattande vård- och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Region Gävleborg handleder kommunens vård- och omsorgspersonal när behov uppstår samt utbildar i munhälsa en gång per år.

Länsledning

Socialchefer/skolchefer och regionens chefer träffas regelbundet under året gällande bland annat ärenden som handlar om samverkan i vårdkedjan. På Länsledning tas beslut som rör gemensamma satsningar och ärenden upp.

Utskott vuxna

Samverkansgrupp som är utsedd av länsledning. Fokus i samverkansfrågor ligger på utbildningar (exempelvis SIP), avvikelshantering och hur vi tillsammans ska arbeta för att undvika vårdskador i vårdkedjan.

Länsövergripande läkemedelskommitté

Består av representanter från regionen, läkare och apotekare, samt två medicinskt ansvariga sjuksköterskor som representerar kommunerna. Denna grupp har bland annat upprättat handboken "läkemedels rekommendationer".

Läns MAS

Kontinuerliga träffar med samtliga MAS och MAR i Gävleborg. Träffas ca 8-10 gånger per år och mötena fokuserar på samverkan mellan kommunerna samt över huvudmannagränserna. Varje möte bjuds en eller fler gäster in med fokus på kommunens uppdrag och/eller samverkan med Region Gävleborg.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

4.3 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som har tagit del av informationen.

I och med dataskyddsförordningen (GDPR) har arbetet gällande informationssäkerhet stärkts upp. Anmälan om personuppgiftsincidenter inom verksamheten görs till kommunens Dataskyddssamordnare (DSS).

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Den nationella patientöversikten gör det möjligt för legitimerad personal inom Socialnämnden i Hofors kommun, att ta del av information som finns registrerad i en annan vårdgivares IT system. Samtycke från patienten krävs för att få tillgång till informationen. För att få tillgång till NPÖ krävs speciell behörighet och utbildning. Kvalitetsaspekter för brukarna är att det blir en säker informationsöverföring mellan vårdgivare.

Loggkontroller i NPÖ genomförs enligt framtagna rutiner.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen HSF (2017:80) är MAS/MAR ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonalen för journaler i den omfattningen som beskrivs i Patientdatalagen (2008:355) samt föreskrift (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Journalgranskningar ska genomföras gällande legitimerad personals dokumentation i verksamhetssystemet Treserva. Granskning har inte genomförts under 2022 på grund av bemanning gällande MAS. Omtag planeras under 2023.

MAR har tillsammans med rehabteamet arbetat med att utveckla och strukturera dokumentationen genom regelbundna arbetsgruppsmöten.

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 bland annat Pascal, NPÖ, Svevac, Lifecare, palliativa registret samt vid utfärdande av tandvårdskort. SITHS-korten och HSA-katalogen hanteras av särskilt utsedda personer inom kommunen, i dagsläget socialnämndens IT-samordnare samt verksamhetschef kvalitet och HSL.

Loggkontroll Treserva

Systematisk loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva genomförs varje månad enligt framtagna rutiner. Inga brister har noterats under året.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

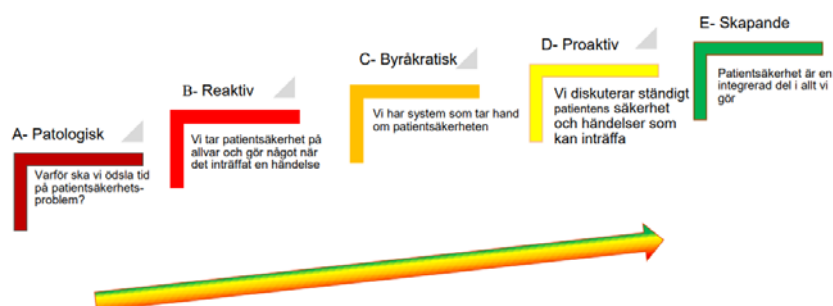
Verksamheten har framtagna rutiner gällande hantering av cytostatika.

En god säkerhetskultur

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



Säkerhetskulturtrappan



Tvärprofessionella teamträffar finns inom verksamheten. Mötena har en viktig funktion för att flera yrkesgrupper tillsammans ska kunna diskutera avvikelser inom den egna verksamheten men även kunna diskutera förbättringsåtgärder kopplade till enskilda händelser, samt systematiska förbättringar. Regelbundna arbetsplatsträffar är viktiga för att på enheten arbeta med verksamheten och arbetsmiljön. Arbetsplatsträffen är medarbetarens möte och följer en dagordning. Under 2022 har arbetsplatsträffar förekommit i mindre utsträckning än tidigare år.

Det har inte använts något verktyg för att arbeta med säkerhetskulturen, som till exempel säkerhetskulturtrappan från A-E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). Rutiner och arbetssätt finns för till exempel avvikelshantering och alla medarbetare är skyldiga att följa kommunens värdegrund som främjar en öppen kommunikation. Det behöver skapas tid för lärande och reflektion då patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra.

Hofors kommun har anställt en vård- och omvårdnadsutvecklare för att utveckla den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen. Detta för att möta vårdens framtida utmaningar samt upprätthålla en god säkerhetskultur för att främja patientsäkerhet och arbetsmiljö.

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.



I Hofors kommuns verksamheter arbetar chefer, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, arbetsterapeuter,

fysioterapeuter, rehabassistenter, undersköterskor och vårdbiträden. Hälso- och sjukvården bedrivs på primärvårdsnivå på särskilt boende och i hemsjukvården. Verksamheten har sjuksköterska med specialistkompetens inom vård av äldre och andra specialiteter vilket är en styrka för att patienten kan få en personcentrerad vård.

Kompetensutveckling i Hofors kommun under året:

- Sjuksköterskor har genomfört utbildning i fotvårdsbedömning vid diabetes och utbildning i BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) samt Abbey Pain Scale.
- Tre sjuksköterskor och en arbetsterapeut är Treserva-piloter som utbildar kollegor i verksamhetssystemet Treserva vid behov.
- En sjuksköterska och en arbetsterapeut har genomfört SIP-utbildning med syfte att kunna hålla i utbildningar som är lokalt organiserade och som ges grupper bestående av både kommun- och regionrepresentanter. Genom god samverkan mellan olika huvudmän kan samordnad individuell plan (SIP) underlätta situationen och villkoren för den enskilde.
- E-utbildningar inom dokumentation, basala hygienrutiner, munhälsa, covid-19, demenssjukdom, förflyttningskunskap, hjälpmedel, palliativ vård och läkemedelshantering.
- Omvårdnadspersonalen har erbjudits utbildning i palliativ vård.
- Kompetensutveckling för omvårdnadspersonal att möta patientens behov med utgångspunkt från varje individs behov. Kompetenshöjning inom demenssjukdom, rehabiliterande förhållningssätt, psykisk ohälsa, munvårdsutbildning och dokumentation.
- Äldreomsorgslyftet. Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet har gett möjlighet till utbildning från vårdbiträde till undersköterska. Det innebär att fler kan bidra med sin kompetens för kvalitetssäkring och utveckling av den personcentrerade vården och omsorgen. Hittills har omkring 40 personer genomfört utbildningen.

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 genom en god planering.

Socialnämnden i Hofors använder Treserva Hälsoärende. Där framkommer vilken insats som ska utföras, när och hur insatsen ska utföras genom fördelning av åtgärder i olika processer som är skapade utifrån aktuellt område.

Patienten som medskapare

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten ges möjlighet att vara delaktig i vården genom att delta vid planeringar och upprättande av planer som rör patientens mål av vården. Detta kan vara vid SIP, upprättade av mål, brytpunktsamtal och genomförandeplaner. Anhöriga ges möjlighet att delta efter samtycke från patienten. Vården ska alltid vara personcentrerad och utgå från patientens egna mål och behov.

Vårdgivaren ska fortlöpande ta emot synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter för att kunna utveckla vården så att den uppfyller kravet av god och säker vård.

Samverkan med närstående sker främst vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter och

avvikelser samt vid SIP och kontinuerliga möten i det dagliga vardagsarbetet. Både patienter och dennes närstående har varit involverade i ställningstagande om fortsatt vård och vårdnivå. Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier inom Socialnämnden 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.

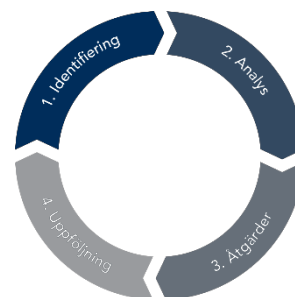
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.

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

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



Område	Omfattning	Källa/verktyg	Analys
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	1 ggr/år samt vid behov	Riskbedömning dokument Treserva	Berörd verksamhet inom SÄBO/hemsjukvård
Hygienrutiner och klädregler	1 ggr/år, observationer	Särskilt framtagen mall	Berörd verksamhet/MAS
Hygienrond	2 ronder/år. MAS planerar. Övriga gör egen kontroll	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Intern granskning 1ggr/år	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Kontrollräkning och granskning av dokumentation 1ggr/månad	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS
Medicinteknisk utrustning	Årlig genomgång och översyn av utrustning	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS/MAR
Journalgranskning	Granskning av dokumentation, stickprov	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av MAS
Loggkontroller Treserva	1ggr/månad	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av EC/utsedd person
Avvikelser, klagomål och synpunkter	Ständigt pågående	Enligt rutin i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS/VC/EC
Loggkontroller NPÖ	1ggr/månad	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS

1. Identifiering, resultat och analys

Område	Omfattning	Resultat	Analys
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	1 ggr/år samt vid behov	Riskbedömning genomförs men statistik kan ej tas ut pga verksamhetssystemet Treserva	
Hygienrutiner och klädregler	1 ggr/år, observationer	Basala hygienrutiner och klädregler, observationer har gjorts på de egna enheterna	Större granskning behöver genomföras. Överanvändning av framförallt handskar. Förekommer klockor, ringar, nagellack.
Hygienrond	2 ronder/år. MAS planerar. Övriga gör egen kontroll	Utförs på de egna enheterna enl. rutin egenkontroll.	Behöver genomföras av MAS och Vårdhygien.
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Intern granskning 1ggr/år	Rutin är reviderad och granskning har genomförts av MAS/farmaceut.	Vissa brister har identifierats och dessa har åtgärdats.
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Kontrollräkning och granskning av dokumentation 1ggr/månad	Kontrollräkning och granskning har genomförts men ej enligt uppsatt tidsintervall.	Behöver ske kontinuerligt enligt rutin och rutinen behöver göras känd i verksamheten. Vid kontroll har inga brister identifierats.
Medicinteknisk utrustning	Årlig genomgång och översyn av utrustning	Utförs enligt rutin	Behov av fortsatt inventering och individmärkning för spårbarhet på vissa enheter.
Journalgranskning	Granskning av dokumentation, stickprov	Rutin saknas. Har ej genomförts under 2022.	Behöver återinföras under 2023.
Loggkontroller Treserva	1ggr/månad	Kontroller har genomförts enligt rutin.	Inga brister har identifierats.
Avvikelser, klagomål och synpunkter	Ständigt pågående	Se bild nedan	
Loggkontroller NPÖ	1ggr/månad	Rutin finns framtiden.	Utbildning och implementering behöver ske 2023.

Åtgärder och uppföljning av åtgärder

Område	Åtgärder	Uppföljning av åtgärder
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	Behov av att ansluta sig till kvalitetsregistret Senior Alert.	
Hygienrutiner och klädregler	Arbetsplatsdiskussionen gällande följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler.	Återkommande diskussion på APT.
Hygienrond	Introducera MAS i arbetet	
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Rutin framtagen gällande ansvarig ssk i läkemedelsrum. Implementering användning av mall.	
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Rutinen tas upp på sjuksköterskemöte	
Medicinteknisk utrustning	Fortsatt implementering av framtagen rutin.	
Journalgranskning	Behöver upprättas rutin.	
Loggkontroller Treserva	Inga åtgärder behöver vidtas.	
Avvikelser, klagomål och synpunkter	Se bild nedan	
Loggkontroller NPÖ		

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.



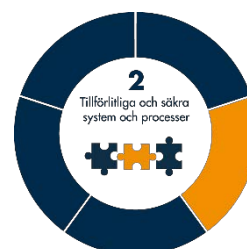
Effektiva arbetssätt för avvikelshantering är nödvändigt och en del i förbättringsarbetet för att öka kvalitet och säkerhet i organisationen. Utan en ändamålsenlig avvikelshantering kan organisationen och dess medarbetare inte ta lärdom av genomförda utredningar. Hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera de allvarigaste avvikelserna, enligt Lex Maria, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser ska utredas av MAS/MAR enligt framtagna rutiner. MAS/MAR ansvarar för bedömning om händelse ska Lex Maria-anmälas. Fastställd rutin finns för Lex Maria. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

En händelseanalys innehåller beskrivning av när händelsen inträffade, vad som hände, vilka konsekvenser händelsen fått, en analys och bedömning av bidragande/bakomliggande orsaker, vilka åtgärder – beslutade/vidtagna/planerade (vem/vilka ansvarar, tidsplan) som vidtagits samt uppföljning (vem/vilka ansvarar, tidsplan). MAS/MAR ansvarar för att efter en händelseanalys göra en bedömning om anmälan enligt Lex Maria ska ske till IVO.

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.



Kvalitetsregister

Registrering i kvalitetsregister är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnden har använt Svenska Palliativregistret men är i nuläget ej anslutna till något annat kvalitetsregister. Ett mål för 2022 var att utbilda personalen i BPSD men registrering har ej påbörjats i kvalitetsregister ännu. Arbetet med implementering av BPSD är ett pågående arbete. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för att stödja vårdprevention (inom fall, trycksår och undernäring), riskbedömning sker utifrån Senior Alerts arbetsmaterial men registrering sker i kvalitetsregistret. Socialnämnden behöver ta fram ett bättre arbetssätt kring registreringar i kvalitetsregister, sammanställningar och analyser av resultat som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

BHK (Basala hygienrutiner och klädregler)

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner för vård och omsorg är en grundläggande utbildning som all personal ska genomföra minst en gång per år.

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.



Riskhantering

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

Vårdgivare 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.

Individuella riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring i särskilt boende, omsorgen och hemsjukvården

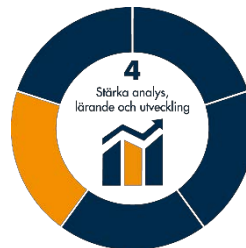
En viktig del i det vårdpreventiva arbetet är att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det sker bland annat att genom ett strukturerat arbete med riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munhålan. Risker och åtgärder dokumenteras i journal. Statistik kan ej tas fram och presenteras då Socialnämnen inte anslutit sig till det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Rutin finns upprättad och riskbedömning ska senast genomföras på särskilt boende inom 2 veckor efter inflyttning, på korttidsboende efter 1 vecka och i hemsjukvården/LSS inom 4 veckor. Varje patient ska erbjudas riskbedömning två gånger per år. När risk föreligger enligt riskbedömningen så ska teamet diskutera bakomliggande orsaker och fatta beslut om vilken/vilka insatser/åtgärder som blir aktuell för brukaren. Beslut ska tas om vem som utför planerade insatser/åtgärder. Datum för uppföljning av åtgärderna planeras in tre månader efter riskbedömningen eller tidigare vid behov. Teamarbetet är en förutsättning för personcentrerade åtgärder med gott resultat.

Livsmedelsverkets nationella riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen

Att täcka behovet av energi och näring är nödvändigt för att bevara hälsa och funktionsförmåga, förebygga sjukdom, fallolyckor, trycksår och depression och för att medicinsk behandling ska ge bästa effekt. Enligt Livsmedelsverket bör nattfastan ej överstiga 11 timmar. Inom verksamheten finns rutiner och arbetssätt för att säkerställa att måltidssituationen blir anpassad för varje enskilt patient. Verksamheten har inte genomfört några kontroller 2022 för mätning av nattfasta och därför kan statistik ej presenteras.

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.



Avvikelser

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

Det har inkommit 1 extern avvikelse från Region Gävleborg; rörande patient som blev felaktigt inskickad till sjukhus.

22 stycken avvikelser har skickats från kommunen till regionens verksamheter; rörande utebliven läkarbedömning (2), felaktig dokumentation (3) bristfällig, fel- eller utebliven läkemedelslista samt avsaknad av läkemedel och material, (5), brist i arbetsrutiner (10), bristande etik (2)

Mottagare	Kort beskrivning vad avvikelsen avser
Avd 112 Gävle sjukhus	Ej fullständig överrapportering
Ortopedavd, Gävle sjukhus	Ej medskickade läkemedel enligt rutin, avsaknad av recept
Strokeavd, Gävle sjukhus	Avsaknad av recept på nyinsatta läkemedel
Infektionsavdelningen, Gävle sjukhus	Saknas nyinsatta samt övriga läkemedel vid utskrivning
Hofors Hälsocentral	Läkarbesök och bedömning mm
KAVA, Gävle sjukhus	PCR test ej taget innan utskrivning
Strokeavd, Gävle sjukhus	PCR test ej taget innan utskrivning
MAVA Gävle sjukhus	PCR test ej taget innan utskrivning
Onkologen, Gävle sjukhus	Ej medskickade läkemedel enligt rutin, avsaknad av recept
Sjukresor	Ny brukare till korttids från sjukhus, som lämnats ensam utanför entrén vid ankomst
Njur- och hematologavdelning, Gävle sjukhus	Ej läkemedel med, ej recept, ofullständig rapport, ingen slutanteckning
Hofors Hälsocentral	Läkare dokumenterat i fel journal
Hofors Hälsocentral	Nekad demensutredning av läkare
Bonliva Bemanning	Ej dokumenterat i journal
Infektionsavdelningen, Gävle sjukhus	PCR test ej taget innan utskrivning
Hjärtavdelningen, Gävle sjukhus	PCR test ej taget innan utskrivning
Ortoped (satellit hjärtavd), Gävle sjukhus	Fel på läkemedelslista
KAVA, Gävle sjukhus	Läkemedel och material för ventrikeltömning ej medskickat vid utskrivning
Bonliva Bemanning	Brist i dokumentation
Bonliva Bemanning	Brist i arbetsrutiner
Strokeavd, Gävle sjukhus	Bristande Etik
IT Hofors samt CGI	Inloggning i Treserva fungerar inte
Strokeavd, Gävle sjukhus	Bristfällig läkemedelslista, ej medskickade läkemedel
Gyn. Vårdavd. Gävle sjukhus	Ej skrivit ut enligt rutin
Geriatriskavdelningen Gävle sjukhus	Fel patientjournal skickad till korttids
Kirurgavdelningen Gävle sjukhus	Ej märkta infarter 3 stycken
Geriatriskavdelningen Gävle sjukhus	Bristfällig läkemedelslista stämmer inte överens med medskickade läkemedel

Fallavvikelser

Av antalet rapporterade avvikelse är fall den mest förekommande. Under 2022 rapporterades 426 avvikelser inom fall vilket är färre antal än under 2021 då antalet var 455. Definitionen av fall är enligt vårdhandboken en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada uppstått eller inte. Det innebär att ett fall även uppstår om någon till exempel glider av en stol eller rullar ur en säng och hamnar på golvet. En fallskada är en konsekvens som uppstår vid ett fall.

Enligt vårdhandboken kan en individanpassad, multiprofessionell och multifaktoriell fallprevention i

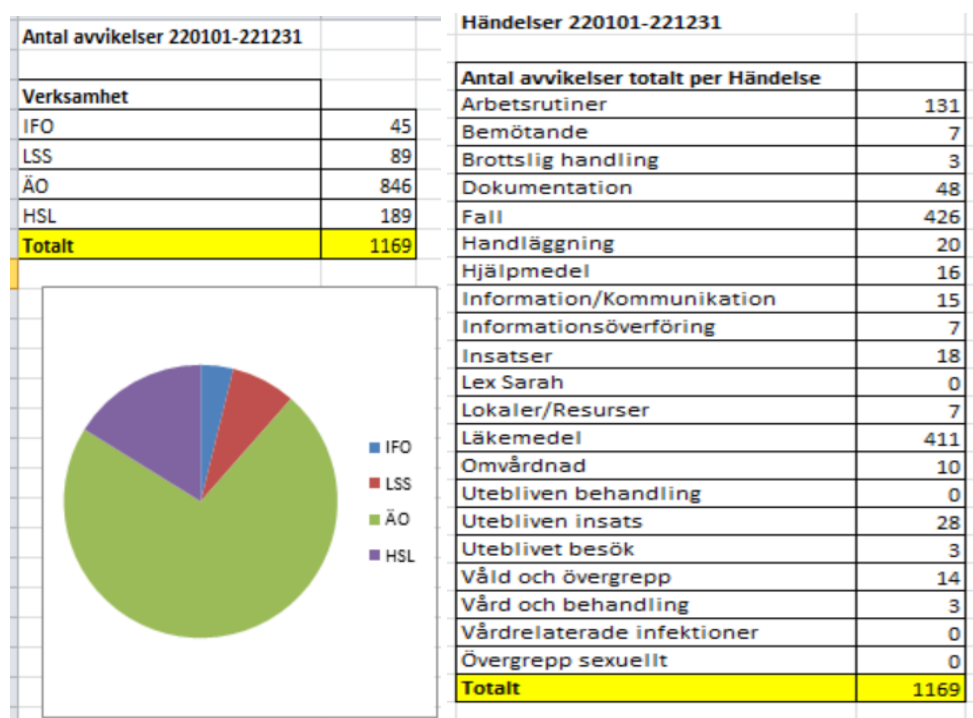
team ge en 30–60% reduktion av antalet fall och det finns evidens för att fallprevention ger effekt i äldreomsorg och slutenvård. Den åtgärd som tydligast visar en minskad risk för fall och fallrelaterade frakturer är fysisk träning i form av kombinerad balans- och styrketräning. Säkerställa rätt läkemedelsintag, säker miljö och god nutrition anses också minska fallrisken.

Utifrån ovanstående är det viktigt med teambaserad arbetssätt där varje patient erbjuds riskbedömningar och individuellt anpassade åtgärder.

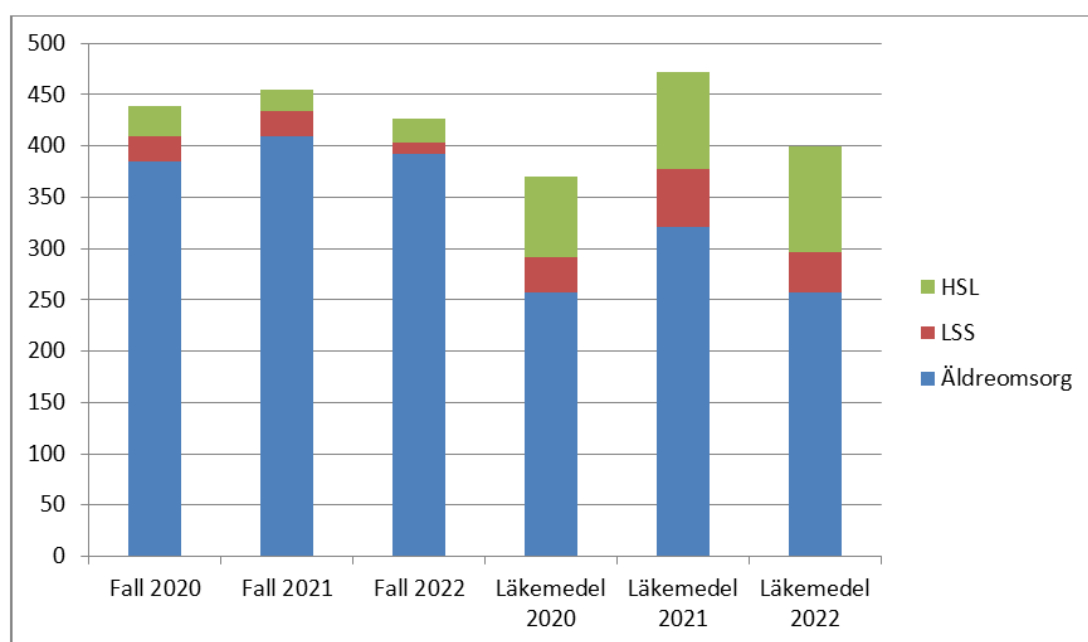
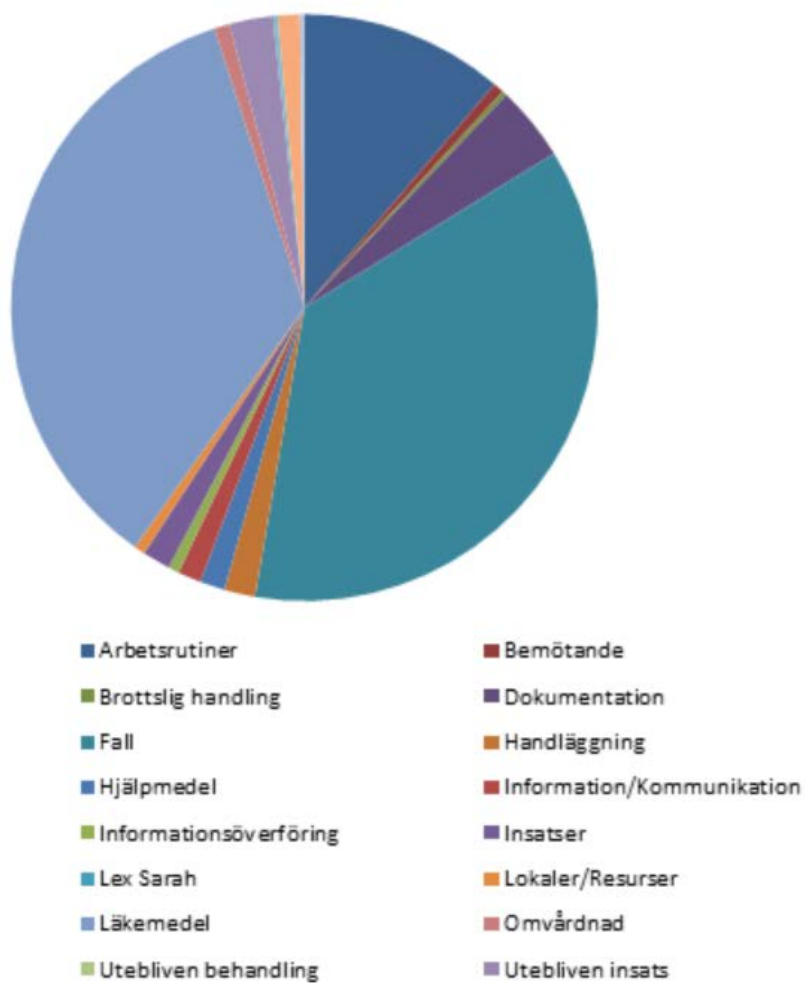
Läkemedelsavvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat jämfört med 2021, från 472 till 411, minskningen är registrerad inom samtliga verksamheter. Läkemedelsavvikelseerna ska analyseras av enhetschef och sjuksköterska tillsammans, detta är ett pågående arbete som ska tas upp vid varje APT. Inom äldreomsorgen och LSS gäller avvikelser övervägande bortglömd eller missad överlämning av dos. Inom HSL är det övervägande fel på signaturlista eller att signaturlista och ordinationshandling inte överensstämmer.

Målet med att utveckla avvikelshanteringens behöver vara kvar som mål 2023.



	2020	2021	2022
HSL fall	30	21	23
LSS fall	24	24	11
ÄO fall	385	410	392
HSL läkemedel	78	94	102
LSS läkemedel	35	57	40
ÄO läkemedel	257	321	269



Klagomål och synpunkter

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

En person som är missnöjd med socialtjänstens insatser eller vård- och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen, har rätt att framföra sina synpunkter och klagomål. Personen kan lämna sina synpunkter och klagomål via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet.

Synpunkter, klagomål ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten.

Inkomna synpunkter och klagomål i verksamheterna hanteras utifrån gällande riktlinjer i kommunen. Förutom att vidta åtgärder utifrån inkomna synpunkter och klagomål samt återkoppla till berörd person vid personligt möte, telefonsamtal och/eller mejl arbetar verksamheterna också med inkomna synpunkter och klagomål som en del i utvecklingen av verksamhetens kvalitet.

Ett klagomål/synpunkt har inkommit från Patientnämnden och besvarats tillsammans med Region Gävleborg enligt gällande struktur. Därefter har ärendet avslutats.

God vård i livets slut

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende vem som utför vården och oberoende av diagnos. Vårdpersonal besvarar en enkät med frågor om hur vården sista veckan i livet varit. Resultaten ligger till grund för att utvärdera kvalitet, initiera förbättringsområden samt att följa upp.

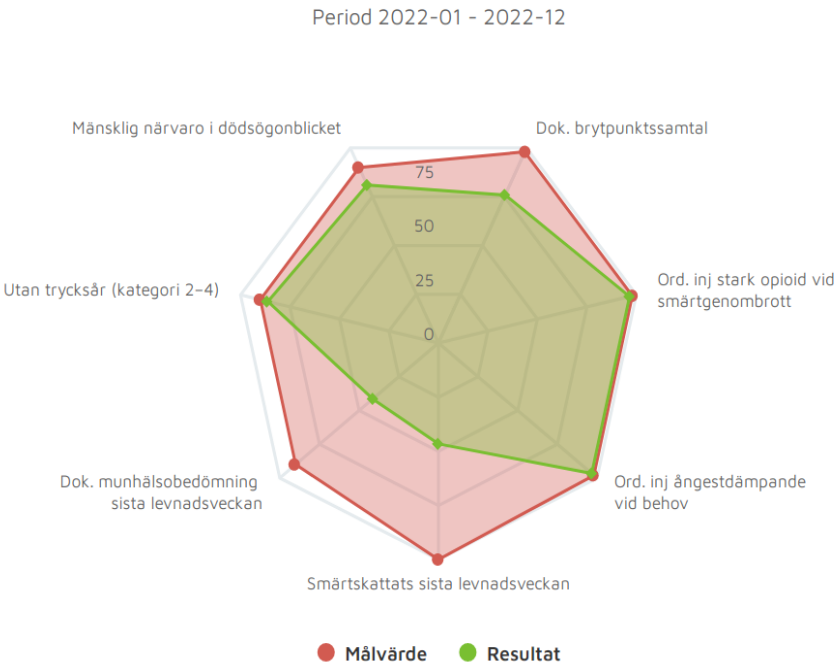
Kvalitetsindikationer är hämtat ur palliativ registret som visas i spindeldiagram och tabell för vård och omsorgsboende och hemsjukvård på de kommande sidorna.

Socialnämnden har under 2022 registrerat 58 avlidna i palliativa registret, av totalt 86 avlidna inom kommunens verksamheter. Sammanställningen nedan visar resultatet av de registreringar som har gjorts under 2022.

Antal avlidna inom kommunens verksamheter SÄBO, hemsjukvård och korttids.

SÄBO	HEMSJUKVÅRD	KORTTIDS
45	27	14

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	75,9
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,6
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	46,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	41,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	86,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	81,0

Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



Period 2011-01 - 2022-12

n = Totalt antal observationer

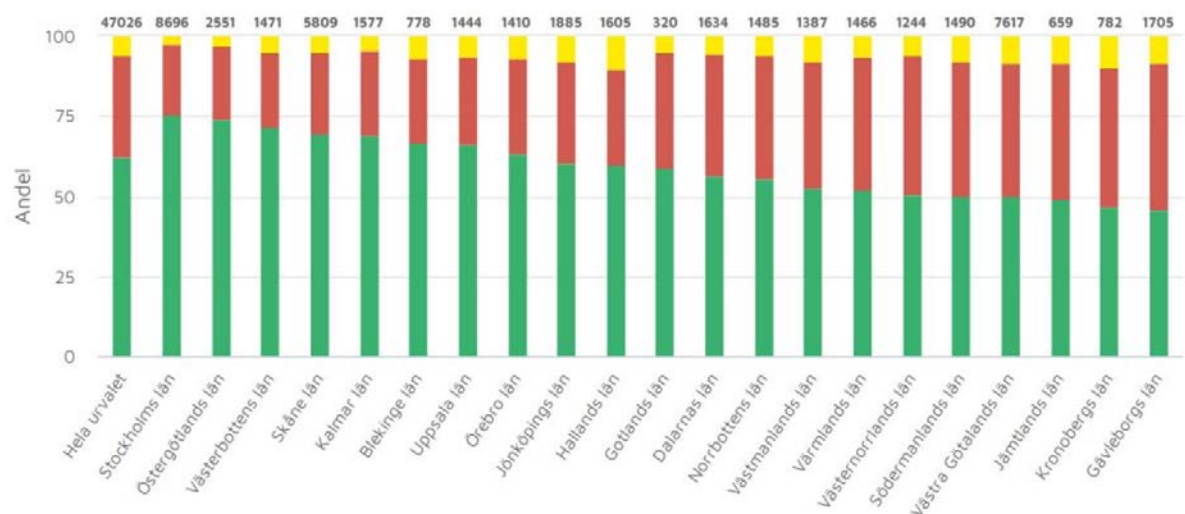


Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



Period 2022-01 - 2022-12

n = Totalt antal observationer



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.



Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan ”Agera för god och säker vård” som ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Den ska också stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige. Handlingsplanen omfattar fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa fokusområden är;

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Ovanstående fokusområden kan också ligga till grund för prioriteringar av åtgärder på nationell, regional och kommunal nivå. Verksamheten har under 2022 påbörjat arbete med nulägesanalys inom dessa fokusområden och därefter kartlagt viktiga utmaningar. Nästa steg är att kartlägga och prioritera möjliga insatser inom fokusområdena, identifiera utmaningar och beskriva vilka aktörer/enheter som bör agera inom respektive område. Därefter ska sammanställning göras av möjliga insatser. Detta är ett arbete som behöver prioriteras och fortgå under 2023. Kartläggningen kommer ligga till grund för prioriteringar och handlingsplaner inom hela patientsäkerhetsarbetet för Socialnämnden.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet finns en nationell vision ”God och säker vård överallt och alltid” och ett nationellt mål. ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”.

Socialnämnden kommer att arbeta utifrån dessa mål för att säkra verksamhetens kvalitet och därmed upprätthålla patientsäkerheten.

God och nära vård

Överenskommelsen om God och nära vård 2020 mellan regeringen och SKR är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Omställningen till en mer nära vård är en reform som berör hela hälso- och sjukvården och är en faktor som påverkar kommunal hälso- och sjukvård och behöver finnas med i allt vi planerar. Vård och omvårdnadsutvecklare har en samordnande roll detta i samverkan med övriga yrkeskategorier i kommunen.

Fallprevention/utbildning rehabiliterande förhållningssätt

Av antal registrerade avvikelser under 2022 är fall den mest förekommande. Fallolyckor kan orsaka skador, förlorad självständighet och även dödsfall. Fallförebyggande insatser är något som alltid behöver prioriteras och kan riktas till enskilda äldre och till de personalgrupper som möter äldre i sitt arbete. I dagsläget finns rutiner för teambaserad riskbedömning inom fall, nutrition och trycksår samt rutiner för fallförebyggande åtgärder. Målsättning är att teambaserade riskbedömningar och eventuella åtgärder ska ske i ett tidigare skede.

Patienter i livets slutskede

Efter mätning i Svenska palliativregistret framkommer behov av att förbättra vården för patienter i livets slut. Under 2023 ska ett nytt arbetssätt implementeras där sjuksköterska genomför dagliga, regelbundna

och strukturerade besök och smärtskattning hos palliativa patienter. Bemanning anpassas utifrån de planerade åtgärderna. Målsättning är att få mätvärden som är så nära målvärdet som möjligt i Svenska palliativa registret.

Avvikelsehantering

Arbetet med avvikelsehantering är ett förbättringsområde för att säkerställa att avvikelser utreds utifrån vad lagstiftningen kräver. I dagsläget finns rutiner kring området men för att förbättra och förenkla hanteringen av avvikelser behöver verksamheten stärka samverkan inom kvalitetsteamet (MAS, MAR och kvalitetssamordnare inom HSL och SoL samt verksamheterna för att få en samsyn och högre kvalitet på utredningarna.

Egenkontroll

Fortsätta kvalitetssäkra verksamheten genom egenkontroll. Områden väljs ut årligen. Egenkontroll beskrivs utförligare i kvalitetsberättelsen.

Demensvård

Arbetet med registreringarna i BPSD registret fortsätter. Ett omtag med utbildning av fler administratörer behövs. Två stycken sjuksköterskor har genomfört utbildning under 2022 och fler behöver gå utbildningen för att få bättre underlag gällande registreringen.

Riskbedömning

ROAG

Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. De äldre har idag fler egna tänder, kronor, broar och implantat som kräver noggrann munhygien. Bristande munhygien kan bland annat leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder. Patienters munhälsa kontrolleras årligen enligt framtagen rutin för riskbedömning genom bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, och ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv.

Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget och trycksåret orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har mer än ett trycksår.

Som ett komplement till en klinisk bedömning används bedömningsinstrumentet Norton för att identifiera risken för trycksår. Kontrollen ska genomföras enligt framtagen rutin och dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Undernäring

Enligt SKR:s beskrivning uppstår undernäring när en person under lång tid förbrukar mer energi eller andra näringsämnen än vad hon får i sig. Så småningom påverkas funktion och struktur i kroppens alla organ. För att identifiera risk för undernäring ska bedömningsinstrumentet MNA användas. Riskbedömning ska göras enligt framtagen rutin minst en gång per år. Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas. Kontroll av nattfasta behöver göras.

Hygienrond

Socialstyrelsens digitala hygienutbildning finns tillgänglig på intranätet för all personal. All vård- och omsorgspersonal har fått tillgång till webbutbildningar gällande basala hygienrutiner och klädregler.

Inkontinens

Kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet behöver höjas. Fler sjuksköterskor behöver gå utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Arbete pågår för att kunna erbjuda utbildning samt att få sjuksköterskorna intresserade av att gå utbildningen.

BILAGA 1.

Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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 med mera.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Patienter i livets slut	Öka användningen av smärtskattningssinstrumentet Abbey Pain Scale	År 2022 hade 46,6 % smärtskattats sista levnadsvecka. (Riket 53,4 % år 2021) (Riket 61,7 % år 2022)	Målet är ej uppfyllt utifrån målvärde på 100,0 %. Stor variation på olika enheter med 84,6 % som högst och 14,3% som lägst.	Utbildning till omvårdnadspersonal och fortbildning till sjuksköterskor.	Dialog har genomförts kring utbildning.	Hela verksamheten	Svenska palliativa registret
Utbildning för flyttförflyttingskunskap och rehabiliterande förhållningssätt	Alla nyanställda och vikarier ska genomgå utbildning.	66,7 % av behovsunderlaget genomförde utbildning i förflyttningsteknik 2022.	Målet är ej uppfyllt. Stor variation i deltagande från respektive enheter.	Förändring i digitalt utbildningsmaterial. Tydliggöra information om obligatorisk närvaro till deltagare.	Dialog/ återkoppling MAR & Verksamhetschef/enhetschef	Rehabteamet, nyanställda vikarier, verksamhetschef SÄBO, bemtjänst och LSS.	
Läkemedelshantering	Förbättra arbetet med läkemedelshanteringen	Antal läkemedelsavvikelser har minskat från 472 st till 411 st	Läkemedelshanteringen har förbättrats något.	Ökad kompetensutveckling genom fler utbildade undersköterskor	Dialog ssk och undersköterska vid delegering	Verksamhetschef/enhetschef/ sjuksköterskor/ undersköterskor	Statistik. Tresa
Säker dokumentation	Genomföra strukturerad journalgranskning årligen	Strukturerad journalgranskning har ej genomförts under 2022.	Ska finnas med som mål för 2023.			MAS/MAR	
God hygienisk standard	God följsamhet gällande basala hygienrutiner och kläddregler.	Egenkontroll har genomförts samt utbildning till all personal via Socialstyrelsen		Punktprevalensmätning / observationer		Enhetschef inom berörd verksamhet	Enligt särskild framtagna mall