

Patientsäkerhetsberättelse för Hällefors kommun År 2023



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	7
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu	21
Riskhantering	21
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	22
Klagomål och synpunkter	26
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28

SAMMANFATTNING

Under 2023 har ett arbete med utveckling av ledning och styrning inom den kommunala hälso- och sjukvården pågått. Fokus har riktats mot ökad samverkan mellan arbetsterapeuter, sjuksköterskor och enhetschefer. Arbetet med strategiska analyser har inte varit i fokus på det sätt som vore önskvärt, snarare fragmenterade åtgärder vilket inneburit att målvärde för enskilda indikatorer inte uppnåtts.

Andra fokusområden har varit rapporteringsstöd, dokumentation och planer av olika slag. Den aktuella planen ska beskriva den planerade vården i form av problem, risker och mål som identifierats åtföljt av åtgärder och ordinationer. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats.

Interna utbildningsinsatser har genomförts enligt handlingsplan för patientsäkerhet för omvårdnadspersonal, arbetsterapeuter, sjuksköterskor men även för enhetschefer som visat sitt intresse.

Säker läkemedelshantering har fortsatt varit ett stort fokusområde under 2023 och ett flertal åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten. Exempel på åtgärder är extern utbildning i läkemedelshantering och fler egenkontroller. MA har genomfört samtal med enhetschef tillsammans med legitimerad personal inom vissa områden. Detta då egenkontrollerna påvisar att rutinen för att administrera läkemedel samt inventering av delegeringar inte följs och fortfarande inte är optimalt.

Fortsatt arbete med systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med strukturen i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.

Målen för patientsäkerhetsarbetet för 2023 är långsiktiga och har tagits med till kommande år. Fokusområden inför 2024 kommer bland annat att vara utveckling av dag-Rehabs verksamhet och dagomsorgen Linden tillsammans med färdighetsträning och dokumentation för omvårdnadspersonalen.

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).

Kommunstyrelsen fattade under mars 2022 beslutet att Hällefors Kommun antar primärvårdreformen Nära Vård 2020/21: SoU2. Nära vård som nu i Norra Ländsdelen benämns **Samhandling för hälsa** utgår från att det är hälsofrämjande, förbyggande och proaktiva insatser som är det mest hållbara arbetssättet, för att minska eller fördröja inflödet av sjuka patienter. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Omställningsarbetet måste ses i ett långt perspektiv.

Under våren 2023 har det genomförts tjänstemannaremissor och under hösten 2023 påbörjas en politisk berednings- och beslutsprocess. Remisserna som hanterades handlar om:

- Principer för samverkan
- Hälso- och sjukvård i hemmet primärvårdsnivå
- Egenvård
- Rehabilitering på primärvårdsnivå
- Medicintekniska produkter
- Ekonomisk modell

Uppsatta mål och strategier för 2023

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

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

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 form av 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 måluppfyllelse 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

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

Enhetschefer

Enhetschef 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. Enhetschef 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, undersköterskor och vårdbiträden. 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, Patientnämnd, 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.

Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en tjänst som möjliggör för olika vårdgivare att, med patientens samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter. Under hösten påbörjades ett arbete med Cambio och kommunerna i norra länsdelen, med syfte att producera NPÖ. Det innebär att journalanteckningar som finns i kommunens journalsystem Viva delas för andra vårdgivare. Endast journalanteckningar som gjorts av sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter kommer att visas. Starten planeras till 1 februari 2024 med möjlighet att läsa tillbaka några veckor i tiden.

Läkare

Läkarstöd omfattas av ett samverkansavtal som gäller för patienter med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt korttidsplats. Läkarstöd ansvaras av vårdcentralen måndag – fredag under dagtid. Övrig tid finns distriktsläkarjouren med beredskapsjour som ansvarar för akuta rådgivningar och bedömningar. I dagsläget finns ingen tillgång till mobilt närvårdsteamet som kan utföra akuta somatiska insatser på primärvårdsnivå oavsett patientens boendeform.

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

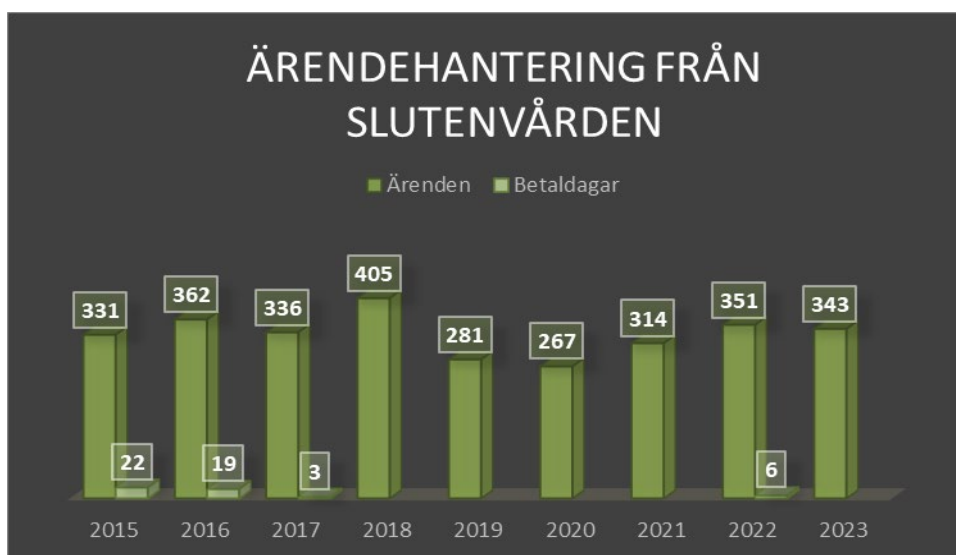
I varje länsdel finns en länsdelsgrupp och en vårdkedjegrupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från länsdelens samtliga kommuner. Länsdelsgruppens uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet, utifrån handlingsplan. Organisatoriskt sett ligger vårdkedjegrupp under länsdelsgrupp, länsdelsgrupp ger vårdkedjegrupp 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 i samverkan med vårdssamordnare
- Process Samordnad Individuell Plan, SIP
- Process Beslutsstöd VISAM
- Process för avvikelser 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 en hantering av 343 ärenden och som koordinerats från slutenvården under året 2023. Fortfarande sker alltför många 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. Enligt Socialstyrelsen 1 § ska en kommun lämna ersättning till en Region för vård av en utskrivningsklar patient enligt 5 kap. 6 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Inför 2024 är dygnersättningen fastställd till 11 600 kronor. En bra planering och ett optimalt samarbete i omsorgens vårdteam är en förutsättning för att minimera kostnaderna och därmed hålla den fastställda budgeten för betalningsansvar till slutenvården.



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 avvikelsehantering mellan länets tre sjukhus, primärvården och kommunen. Här hanteras 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 slutet 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. Säkerhetskrav såsom tvåkomponentsverifieringar och säker inloggning via VPN är några exempel på standardfunktioner i våra verksamhetssystem. En vårdgivare ska se till att åtkomst till uppgifter om patienter som förs, helt eller delvis automatiserat, dokumenteras och kontrolleras. Vårdgivare ska göra kontroller om någon obehörigen kommer åt sekretessuppgifter. Riktlinje finns för hur systematiska loggkontroller ska utföras. Under 2023 har loggning av slumpvis utvalda journaler skett utan anmärkning.

Ett kontinuerligt och samlat arbete pågår i kommunen med säkerhetsfrågor, sett till dagens säkerhetsläge för att alltid ha robusta system. Arbeta sker fortlöpande med förvaltningens systemleverantörer för att uppnå förbättrad säkerhetsstandard. På ett proaktivt sätt analyseras och utvecklas arbetssätt, rutiner och funktionalitet för att möta nya säkerhetshot.

Ett identifierat behov är att alla anställda en gång per år bör genomgå utbildning i IT/Informationssäkerhet.

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, efter genomförd risk och konsekvensanalys.

Tjänste-ID kort - SITHS kort

SITHS kort 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), MCSS 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 2022 och fortlöper enligt plan.

Medicinskt ledningsteam och Ledningsteam för systematiskt patientsäkerhetsarbete HSL. Medicinskt ledningsteam består av EC (Enhetschef) 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 enhetschefer 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. Under 2022 stärktes sjuksköterskegruppen med en undersköterska med utökad delegering, det har inte förekommit under 2023 vilket har varit kännbart kopplat till den låga sjuksköterskebemanningen. Två sjuksköterskor fick sin distriktsköterskeexamen i början av året 2023.

Gruppen arbetsterapeuter har varit underbemannad under hela 2023 vilket påverkar både patientsäkerheten och arbetsmiljön för berörda negativt.

Det är viktigt att både bemanna utifrån nutida behov och utifrån framtida behov, viktigt att det finns personal med rätt kompetens och rätt förutsättningar för att utföra ett gott arbete.

Resultat nulägesanalys

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

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

Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL).

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 utskrivna till olika möten, vilket tillsammans med direkt dokumentation i system, ökar rättssäkerheten. Gruppen sjuksköterskor har möjlighet 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.



I verksamheten finns ett närvarande patientfokus i det vardagliga arbetet. Patienter och närstående ska ses som medskapare i den direkta vården vilket är en förutsättning i det dagliga arbetet inom teamet. Arbetet ska ta hänsyn till patienters och närståendes kunskap om sina egna behov vilket är av stor vikt för motivation hos patientmålgruppen. Bemötande, kommunikation samt motiverande arbete är viktiga verktyg i mötet mellan patient och personal. Patienten har stor påverkan på den egna vården och rehabiliteringen då den sker i patientens hem. Samverkan

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

Direkta vården

Vid inskrivning inom kommunal hälso-och sjukvård upprättas en vårdplan där patienten bjuds in till delaktighet. Fast omsorgskontakt, fast vårdkontakt utses och ansvarig legitimerad personal ansvarar för upprättandet av vårdplan. Insatserna anpassas till patientens önskemål, behov och förutsättningar. Anhörigperspektivet ska beaktas i mötet i den egna boendemiljön.

Patienter erbjuds årligen en medicinsk vårdplanering som inkluderar läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska där närstående/anhöriga inbjuds att delta efter patientens samtycke.

ADL, aktivitetsbedömningar ansvaras och utförs av arbetsterapeut. Bedömningarna syftar till att bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga för att vara så självständig som möjligt i det dagliga livet. ADL bedömningen ska ligga till grund för en eventuell plan för rehabilitering.

Rehabverksamheten arbetar efter remissförfarande och inkluderar alla kommuninnevånare med uttalat behov. Remissen ska hantera bedömning utifrån behov, upprättande av rehab plan med mål, åtgärder för att nå måluppfyllelse och datum för uppföljning. Primärt ligger ansvaret för remisshanteringen på hemrehabfysioterapeut och sekundärt på arbetsterapeut. Planen beskriver rehab undersköterskornas ansvar kring åtgärder.

Brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede från tidig palliativ fas till sen palliativ fas är en gräns där vården ändrar riktning och målet går ut på att lindra. Brytpunktssamtal ansvaras och genomförs av läkare ofta tillsammans med kommunens sjuksköterska när den kurativa vården övergår till att vara palliativ.

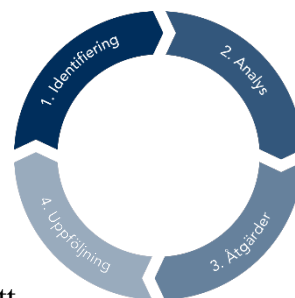
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.

Fortsätt arbete under 2023 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 externsamarbeten.

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

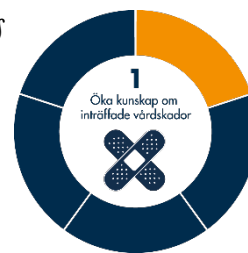


Journalgranskning			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
<p>Journalgranskning</p> <p>Syfte: att säkerställa att dokumentation sker i den omfattning som lagen beskriver det.</p> <p>Frekvens: 1g/år</p> <p>Metod och omfattning: journalgranskning.</p> <p>Läkemedelsgenomgång dokumenteras enligt KVÅ kod.</p> <p>Brytpunktssamtal dokumenteras enligt KVÅ kod.</p>	<p>96 % av patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har en upprättad vårdplan.</p> <p>Variationer finns kring kvalitén på planen.</p>	<p>Under året erbjöds internutbildning. Internutbildningen hanterade olika case för att få ökad förståelse i vad som är av vikt att dokumentera.</p> <p>Efter genomförd utbildning lämnades ”lathundar” ut som beskriver i både ord och bild hur dokumentationen ska vara.</p>	<p>6% ökning mot föregående år.</p> <p>Även kvalitén på upprättade vårdplaner har ökat.</p>
Läkemedelshantering			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
<p>Läkemedelsgranskning – patienternas egna läkemedel som förvaras i kommunens regi.</p> <p>Syftet: att säkerställa läkemedelshantering som är förenad med hög patientsäkerhet.</p> <p>Frekvens: 1g/år</p> <p>Metod och omfattning: Okulär kontroll utförd av EC HSL och MA.</p>	<p>Läkemedelsrummen har inte varit ändamålsenliga, säkra och funktionella.</p> <p>Trångt i läkemedelsrummet, frågeställning kring mängden omläggingsmaterial. Behövs alla skåp om mängden skulle minskas?</p> <p>Det finns också risk att material utgår i datum för hållbarhet.</p>	<p>Läkemedelsrummen har flyttats om, säkrats upp med galler för fönster, kodlös med loggningsfunktion.</p> <p>Ändamålsenliga läkemedelsskåp samt läkemedelsrummet har beskaffats med miljöstation.</p> <p>Särskilt förråd för omläggingsmaterial, ska inte förvaras i buffertförråden</p> <p>Uppdatering av rutin kopplat till Riktlinjen för Läkemedelshantering.</p> <p>Granskningen har även visat behov av att uppdatera rutiner kring ansvarar för läkemedelsförrådet, ansvarar för inventering och kontroll av hållbarhet.</p>	<p>Fortfarande trångt i vissa läkemedelsrum och onödigt stora volymer förvaras på enheterna i stället för buffertförrådet för omläggingsmaterial etc.</p> <p>Revidering av rutin Läkemedelshantering.</p> <p>Läkemedelshantering och delegering är fortfarande ett orosmoment. Vilket innebär att ett stort fokus kommer att riktas mot det arbetet under våren 2024.</p>

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.	Inget anmärkande vid de granskningstillfällena som gjordes under 2023.
Medicintekniska produkter			
Identifiering	Analys	Åtgärd	Uppföljning av åtgärd
Kontroll av MTP produkter saknas utifrån framtaget stöd i hjälpmedelsmodellen.	Kontrollbesiktning av lyft och säng saknas utifrån den granskning som gjorts under året.	Att använda hjälpmedelsmodellen i Viva utifrån systematik i vardagsarbetet.	Hjälpmedelsmodulen används i större utsträckning. Nu finns också behandling och undersökningsutrustning upplagt i hjälpmedelsmodulen.
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 skyddsåtgärderna 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.	En ökad förståelse finns i verksamheten av att alltid utföra riskbedömning inför en skydds- och begränsningsåtgärd.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

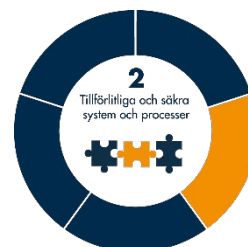
SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser 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 åtta eller mer anses som allvarliga och hanteras genom händelseanalys och åiterrapporterats till myndighetsnämnden.

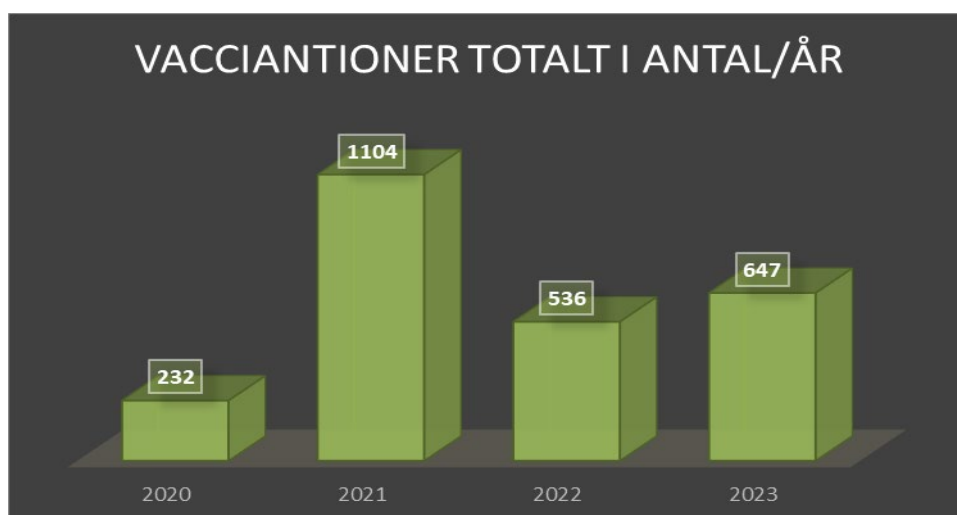
Tillförlitliga och säkra system och processer

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 arbetssätt och processer som ska säkra kvaliteten i verksamheten. 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 (Covid-19, influensa, pneumokocker)



Under åren 2020–2022 genomfördes en stor vaccinationsinsats mot Covid-19, arbetet med att organisera och planera var omfattande. 2023 gavs 647 vaccinationer av den kommunala hälso-och sjukvården och av dom var 233 doser mot Covid-19.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer

Vaccination mot Covid-19, sedan augusti 2023 bedöms ovaccinerade personer utan nedsättning av immunförsvaret få en fullständig vaccination av en dos vaccin, som alltså inte längre behöver upprepas i en så kallad primärvaccinationsserie. Personer som är 80 år och äldre samt personer boende på SÄBO (särskilda boenden för äldre), rekommenderas en dos under hösten/vintern 2023.

Personer som tagit en dos vaccin efter den 1 augusti har ett gott skydd mot allvarlig sjukdom. Rekommendationen omfattar endast en dos vaccin hösten 2023.

Personer i åldern 65–79 år samt personer i riskgrupp som är 18 år och äldre, rekommenderas en dos under hösten/vintern 2023. En person i denna grupp som haft verifierad Covid-19 efter 1 augusti 2023 har ett gott skydd mot svår Covid-19 och kan avstå sin vaccindos inför vintersäsongen 2023/2024, förutsatt att ingen nedsättning av immunförsvaret föreligger. Om osäkerhet råder rekommenderas en vaccindos.

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	92	92%	63%	83%	84%	28	34	26	47
Fyrklövern	3	100%	33%	100%	0%	4	0	0	0
Gillersgården	29	94%	96%	96%	96%	14	15	15	22
Hällefors Gamla Björkhaga	23	97%	0%	97%	92%	0	7	0	12
Hällefors Hemsjukvård	9	80%	0%	13%	0%	3	3	1	3
Hällefors Söder HSV	15	81%	92%	85%	61%	6	4	10	5
Hällefors Öster HSV	15	93%	100%	43%	100%	1	6	0	6

Förklaring
 Alla summor baseras på urvalsperioden

Unika personer: Antal personer som har fått minst en riskbedömning. Observera att i totalen för uppdragsgivande kommunregionen 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 registrerade 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 9 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.

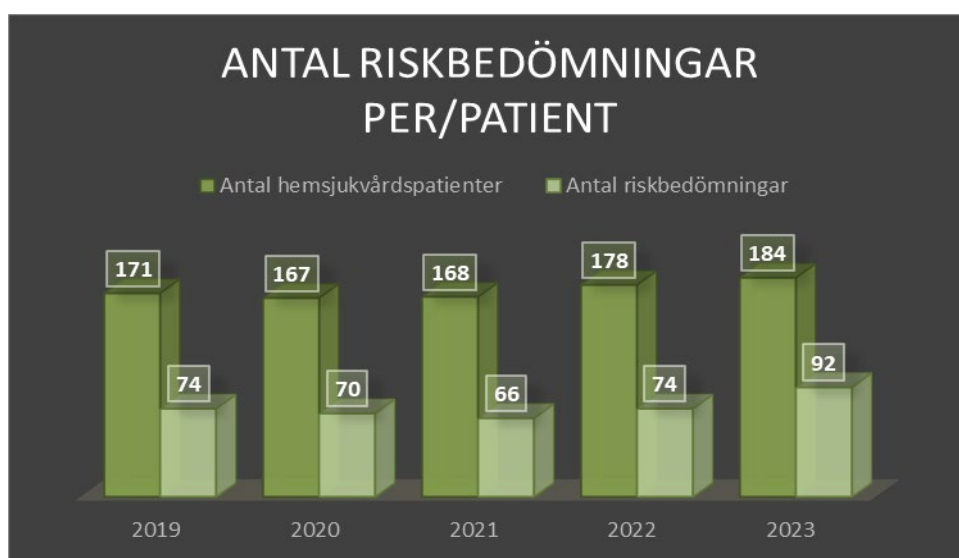
BMI<22
 Antal personer med BMI mindre än 22.

Fall
 Antal fall.
 Antal unika personer som fallit.

Munhälsa grad två
 Antal personer med någon grad 2:a enligt ROAC.

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	92	92% ↓ 120 av 130	63% ↑ 76 av 120	83% ↓ 100 av 120	84% ↑ 88 av 105	28 ↑ 18 personer	34 ↑ personer	26 ↓ 8 personer	47 ↑ personer
Trycksår		36% ↓ 47 av 130	66% ↑ 31 av 47	83% ↑ 39 av 47	88% ↑ 35 av 40				
Udernäring		61% ↓ 79 av 130	70% ↑ 55 av 79	86% ↑ 68 av 79	86% ↑ 59 av 69				
Fall		82% ↓ 106 av 130	65% ↑ 69 av 106	82% ↓ 87 av 106	89% ↑ 78 av 88				
Munhälsa		62% ↓ 77 av 124	68% ↓ 52 av 77	88% ↑ 68 av 77	87% ↑ 58 av 67				

Här finns ett utvecklingsområde, alla patienter (184) har rätt till en riskbedömning enligt framtagen statistik har endast 92 patienter fått en riskbedömning utförd.



60% av patienterna saknade riskbedömning 2022 en marginell ökning kan ses 2023.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Det är viktigt att äldre personer får en näringstillförsel som är anpassad till den enskildes behov. Den äldre personen ska få den hjälp och det stöd som behövs för att äta eller på annat sätt täcka sitt energi- och näringsbehov. Personens värderingar, rätt till självbestämmande och behov av delaktighet ska respekteras i all nutritionsbehandling.

Vid årsskiftet inför 2024, upprättades en riktlinje kring nutrition. Syfte med riktlinjen, säkerställa att verksamheten arbetar för att minska risk för undernäring samt att ingen person ska behöva utsättas för ett tillstånd av undernäring som inte uppmärksammas eller behandlas.

Den enskilde ska, oavsett boendeform, erbjudas riskbedömning och utredning vid inskrivning i kommunens hälso- och sjukvård samt vid förändrat allmäntillstånd. För att undvika undernäring krävs både att identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder. För att kvalitetssäkra processen ska Senior alert användas. Riktlinjen beskriver ansvarsfördelningen mellan olika professioner.

Blåsdysfunktion

Sverige / Kommun / Region

Hällefors kommun

Ar

2023

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	14	47% ↓ 7 av 15	100% → 7 av 7	86% ↑ 6 av 7	33% ↓ 2 av 6	33% ↓ 2 av 6
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	14	47% ↓ 7 av 15	100% → 7 av 7	86% ↑ 6 av 7	33% ↓ 2 av 6	33% ↓ 2 av 6

Bilden ovan beskriver 14 personer som bedömts 2022 var det 9 en ökning men långt ifrån målvärdet.

Blåsdysfunktion (urininkontinens och/eller tömningssvårigheter) är ett verktyg för riskbedömning på individnivå. Modulen är ett stöd för olika yrkeskategorier och bidrar till ett strukturerat arbetssätt vid utredning, behandling, uppföljning och omvårdnad av personer med blåsdysfunktion. Behovsbaserad förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska ske så att rätt hjälpmedel förskrivs och hanteras på ett tryggt och säkert sätt för den enskilde samt på ett kostnadseffektivt sätt.

Förebyggande arbete

Att arbeta med att förebygga blåsdysfunktion innebär att stödja personen i att själv göra det personen 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.

Kontinenskort

Under 2023 har ett arbete påbörjats kring införandet av kontinenskort för patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Kontinenskortet beskriver dygnsschema, ordination, mål för patientens användning av inkontinenshjälpmedlet och förskrivare. Kontinenskortet kan vara till hjälp för att synliggöra och schemalägga toalettbesök och byte av hjälpmedel. Kontinenskortet finns i journalen och kan skrivas ut för att förvaras hemma hos patienten.

Nationell anhörigstrategi

Nationella strategi för anhöriga inom hälso- och sjukvård och omsorg syftar till att i högre grad möta behov hos de anhöriga. Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen, att göra stödet till anhöriga mer individanpassat samt likvärdigt över landet. Utgångspunkt för strategin är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet. Uppdraget som ligger till grund för strategin, inkluderade först endast anhöriga till äldre personer, men utvidgades senare till att omfatta anhöriga till personer i alla åldrar.

BPSD, BPSD-register

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 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.

Under 2023 reducerades certifierade utbildare för BPSD från att ha varit två, en arbetsterapeut och en sjuksköterska till att vara en (sjuksköterska) i kommunen. 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.

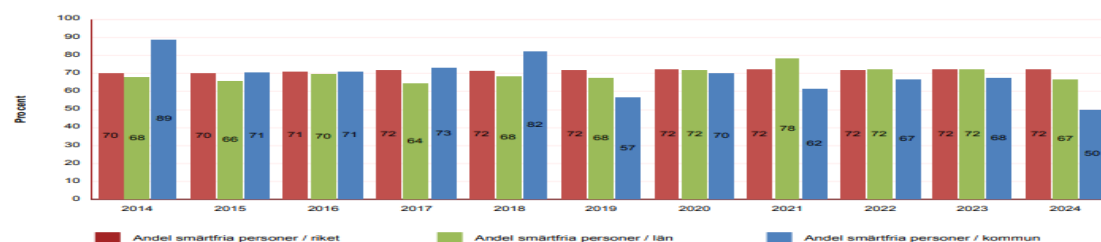
I BPSD-registret ingår det att personalen gör bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.

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. Röd andel smärtfria personer i riket, grön länet och blå kommunen

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.

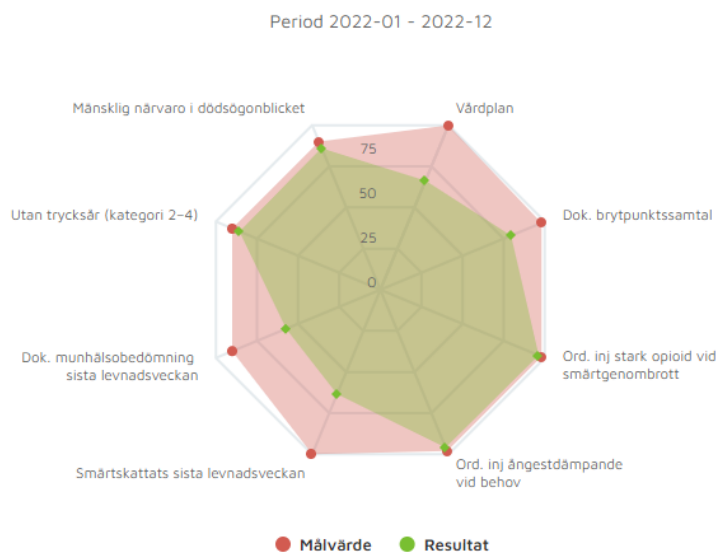
I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtfri; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtfria.



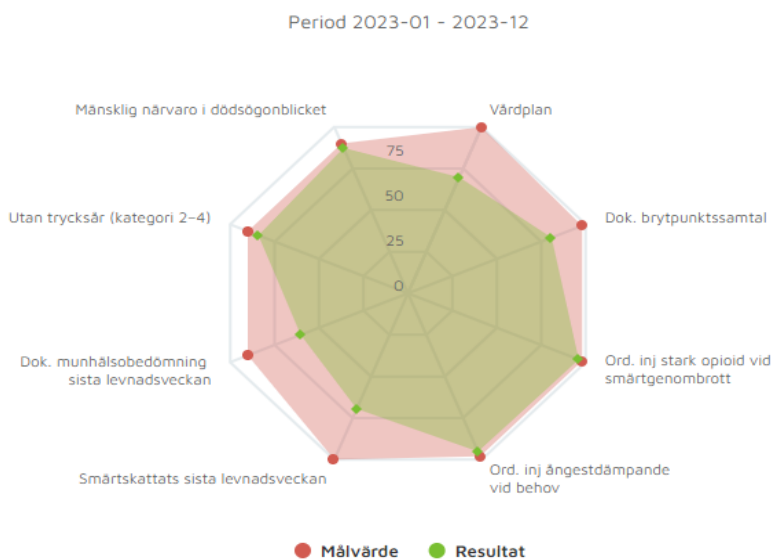
Palliativa registret

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



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet.

Målet är att hela spindeldiagrammet ska vara grönt.

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.

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

Följsamheten till överrapporteringsrutiner har förbättrats men fortfarande sker muntlig rapport istället för att dokumentera, vilket är en risk då informationen kan stanna mellan två vårdlag.

Patienter i livets slutskede

Riktlinjen för den palliativa vården i Hällefors som planerades vara klar inför årsskiftet 2023–2024 är inte klar. Fortsatt arbete under 2024 för att säkerställa och tydliggöra den palliativa vården.

Avvikelsehanteringen

Fortfarande finns brister kring avvikelsehanteringen. 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. Forum för ansvariga chefer 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.

En avvikelserapport fokuserar i första hand på vad som har inträffat och inte på vem som var inblandad. Avvikelsen registreras i avvikelshanteringssystemet för bedömning av teamet dvs enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Teamet utreder händelsen och vidtar lämpliga åtgärder. Äldreomsorgschef granskar regelbundet inkomna avvikelserapporter i systemet för att säkerställa att utredning och åtgärder gällande inte missas eller fördröjs.

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.

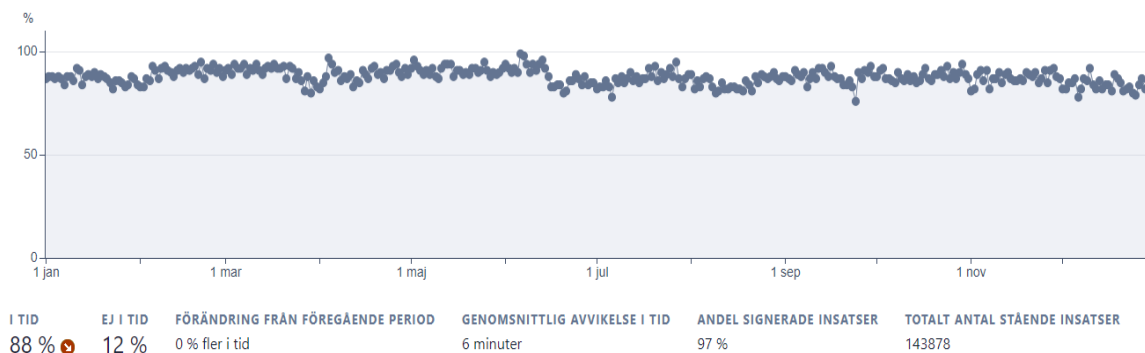
Flödet för MA

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 utarbetad rutin och slutanalys redogörs i Patientsäkerhetsberättelsen.



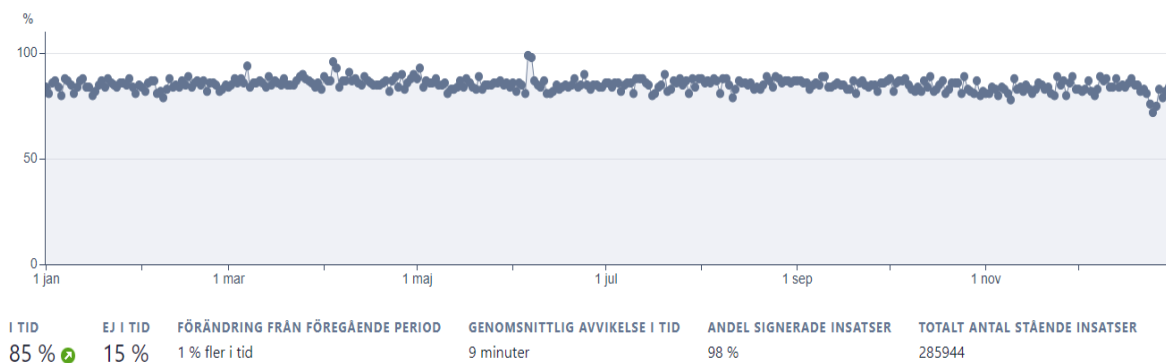
Den vanligaste avvikelsetypen när det gäller läkemedel är i överlämnande fas eller ordination och det handlar främst om utebliven dos men också om bristfällig hantering av signering. De dispenseringsystem som avvikelserna mest handlar om är dosdispenserade läkemedel alternativt dosett.

Hemtjänst oberoende om verksamhet 2023-01-01 – 2023-12-31



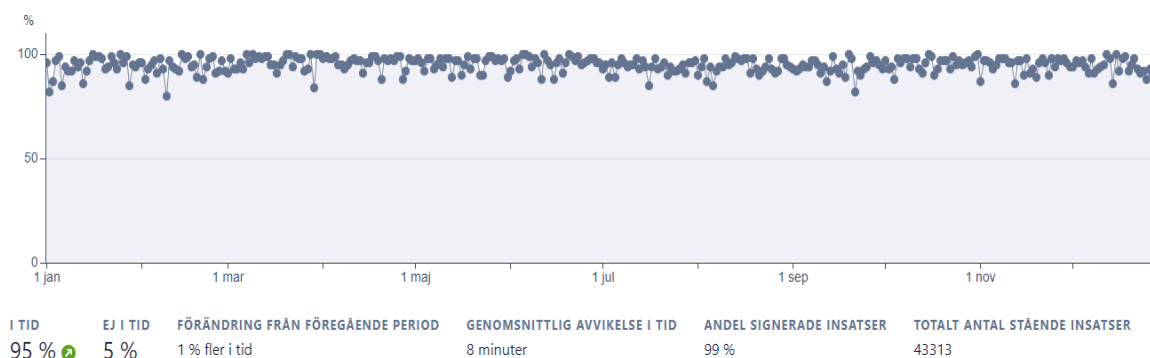
År 2022 påvisade att 87% av patienterna fick sina läkemedel i tid genomsnittliga avvikelserna var på 7 minuter. En förbättring under 2023 med 1% och 1 minut se diagrammet ovan.

Vård och omsorgsboende oberoende om verksamhet 2023-01-01 – 2023-12-31



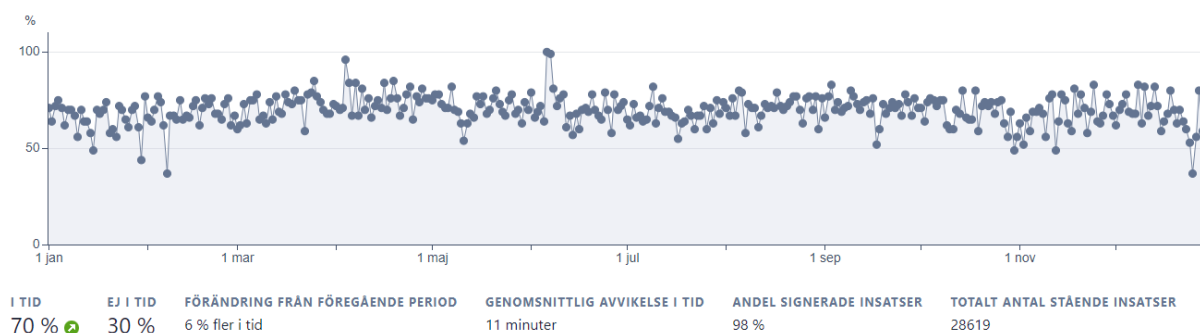
År 2022 påvisade att 84% av patienterna fick sina läkemedel i tid genomsnittliga avvikelserna var på 9 minuter. En förbättring under 2023 med 1% se diagrammet ovan.

LSS oberoende om verksamhet 2023-01-01 – 2023-12-31



År 2022 påvisade att 94% av patienterna fick sina läkemedel i tid genomsnittliga avvikelserna var på 5 minuter. En förbättring har skett under 2023 med 1% se diagrammet ovan

Ordinerade lägesändringar oberoende om verksamhet 2023-01-01 – 2023-12-31



År 2022 påvisade att 64% av patienterna fick lägesändringar utförda i tid genomsnittliga avvikelserna var på 17 minuter. En förbättring under 2023 med 6% och den genomsnittliga avvikelserna har minskat till 11 minuter se diagrammet ovan.

Lägesändringar görs för att minska trycket och för att minska tiden som känsliga områden på kroppen utsätts för tryck. Patienter kan behöva hjälp med att ändra läge för att kunna ligga eller sitta mer bekvämt.

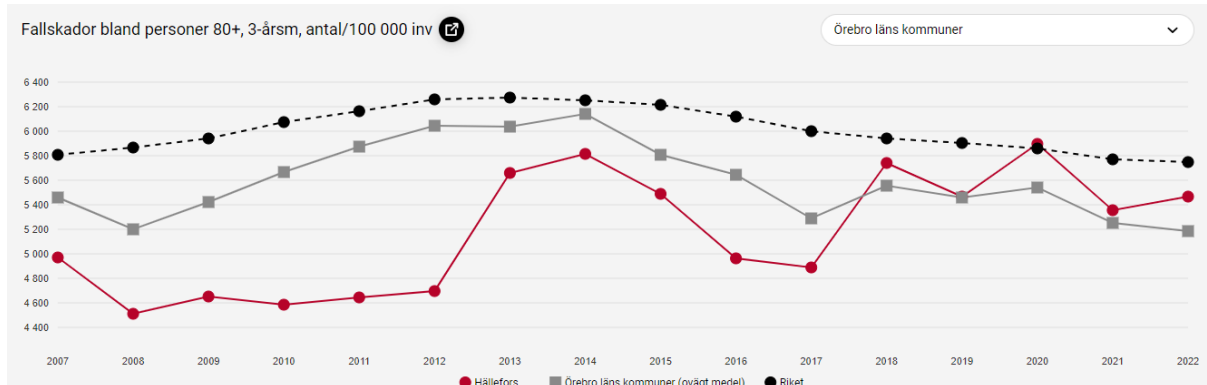
Den legitimerade personalen bedömer frekvensen och antalet lägesändringar efter patientens aktivitets- och rörlighetsförmåga, hudstatus och allmäntillstånd. Det är individuellt hur lång tid en patient kan sitta eller ligga utan lägesändring. Ett högt tryck under en kort tid och lågt tryck under en lång tid kan vara lika skadligt.

Fall

Det har registrerats 921 fall under 2023, under 2022 registrerades 1062 fall under 2021 en minskning med 15,3 %. Det var 9 frakturer under 2023 och 10 frakturer 2022, fallskador som föranlett sjukhusvistelse och onödigt lidande. De vanligaste konsekvenserna av fallen framkommer av tabellen nedan.



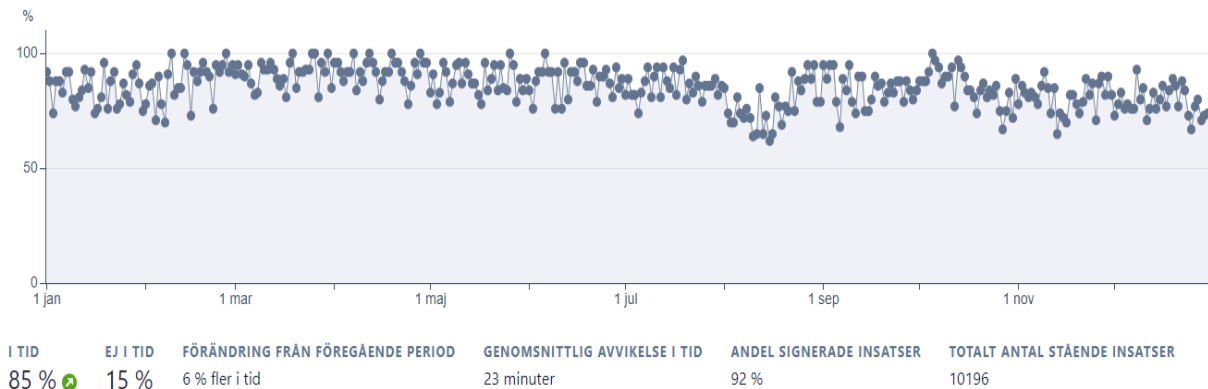
Under året 2023 skedde totalt 921 fall fördelat på omsorgens samtliga verksamheter. 2023 var det 8 unika individer som föll vid upprepade tillfällena mellan 21 – 53 antal fall under året.



Fallpreventionsarbete bygger på bedömning av risker och åtgärder. Teamet träffas och går igenom bedömningsmaterialet, identifiera risker och åtgärder, dokumenterar dessa, vem som ansvarar för åtgärderna och uppföljning. Under 2023 har gruppen arbetsterapeuter varit underbemannad vilket kan påverka det fallförebyggande arbetet.

Ordinerad av fysioterapeututbildning oberoende om verksamhet

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. Under större delen av året saknades fysioterapeut kopplat till kommunens verksamhet, fysioterapeut ska tillhandahållas av vårdcentralen.



År 2022 påvisades att 79% av patienterna fick ordinerad träning utförd i tid den genomsnittliga avvikelsen var på 35 minuter. En förbättring har skett under 2023 med 6% och den genomsnittliga avvikelsen har minskat till 23 minuter se diagrammet ovan. Uppföljning av träning ordinerad av fysioterapeut, är ett utvecklingsområde.

SIP

Under 2023, har arbetet med att kvalitetssäkra dokumentationen i SIP-planen. Planen är uppbyggd för att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat. (2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL). För att planen ska utgöra ett effektivt stöd för alla inblandade parter ska huvudmännens ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt.

Huvudmålet ska vara en övergripande målsättning för den enskilde. Delmålen utgår ifrån 12 delmålsrubriker som ska vara till hjälp för att täcka in en persons hela livssituation. Delmålsrubrikerna finns både i den förberedande kartläggningfunktionen och vid dokumentationen av delmål i Lifecare SP. Stöddokument finns på denna sida.

Alla parter som har tillgång till Lifecare SP ska ansvara för att dokumentera sina insatser i SIP-planen. Dokumentationen ska ske direkt efter mötet, eller snarast möjligt.

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 fem klagomål och synpunkter inkommit som är kända för MA.

IVO följer upp kommunernas vidtagna åtgärder

Brister inom äldreården har konstaterats av både Inspektionen för vård -och omsorg (IVO). Covid-19 pandemin förhöjde bristerna ytterligare och synliggjorde tidigare kända problem. Mot denna bakgrund bedömde IVO under 2021 att hälso- och sjukvården för personer på SÄBO i samtliga kommuner uppvisade sådana risker och brister att en nationell tillsyn var nödvändig. Tillsynen påbörjades under 2022 och då konstaterades att de flesta kommuner redan har en god kunskap om de problem som tillsynen pekar på och att en del kommuner redan har vidtagit åtgärder och är på rätt väg.

Samtliga kommuner fick krav på att redovisa vidtagna åtgärder.

I tillsynen beslutade IVO om att Hällefors kommun skulle besvara:

- De åtgärder som vidtagits utifrån konstaterade brister där det delvis saknas redovisade åtgärder
- Hur säkerställs att åtgärder som redan vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper den påtalade bristen?

IVO begär dessutom en redovisning vilka effekter som genom egenkontroll konstaterats och åtgärder vidtagits avseende:

- vård och omsorgspersonalens kompetens
- vård-och omsorgspersonalens brister i svenska språket
- sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd
- läkartillgång/läkarmedverkan
- dokumentation
- kontinuitet
- delegering
- genomförande/dokumentation av läkemedelsgenomgång
- tillgång till information vid vård i livets slutskede
- genomförande/dokumentation av brytpunktssamtal vård i livets slutskede

Återredovisningen ska komma in till IVO senast 15 mars 2024.

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.

Kärnan i kommunens arbete med krigs- och krisberedskap finns i det krisberedskapsarbete som sker i varje enskild verksamhet. Kommunal hälso- och sjukvård är en viktig samhällsfunktion som är nödvändig för samhällets grundläggande behov, värden och säkerhet och gäller även under en krissituation. Det finns behov av att bygga en ökad krisberedskap och robusthet för att stå emot eventuella hot mot säkerheten. Detta inbegriper försörjningsberedskap för exempelvis förbrukningsartiklar, skyddsutrustning, läkemedel och journalhantering.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.

Strategier för 2023 kvarstår med anledning av att handlingsplanen sträcker sig till 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

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.

Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt inom äldreomsorgen är viktigt för att tillvarata de äldres egna resurser och förmågor. Utveckling av dag-Rehabs verksamhet och dagomsorgen Linden

Utmaningar

Ny överenskommelse för Hälso-och sjukvård i hemmet

Målsättningen är att överenskommelsen ska bidra till att:

- Vi jobbar i partnerskap, i gränsöverskridande team
- Individens behov är vår gemensamma utgångspunkt, inte gränsdragningar eller ansvarsområden
- Vi arbetar hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande
- Vi är likvärdiga parter. Vi informerar varandra och gör varandra delaktiga inför beslut
- Vi hjälps åt. Vi delar på arbetet genom att sambemanna och samfinansiera.
- Vi tar ett gemensamt ansvar för att utveckla hälso- och sjukvården

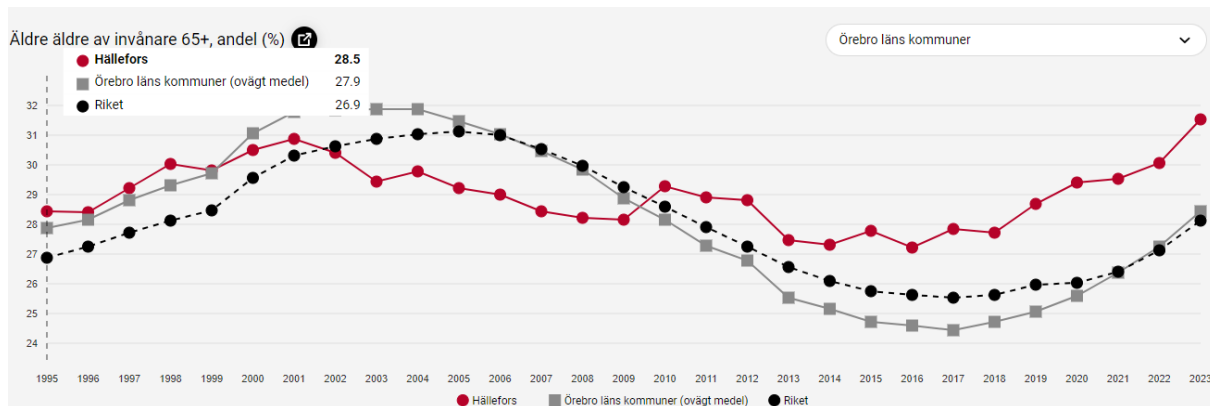
Under hösten 2024 förväntas förslaget beslutas i respektive parts nämnd.

Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård föreslås träda i kraft 1 januari 2025.

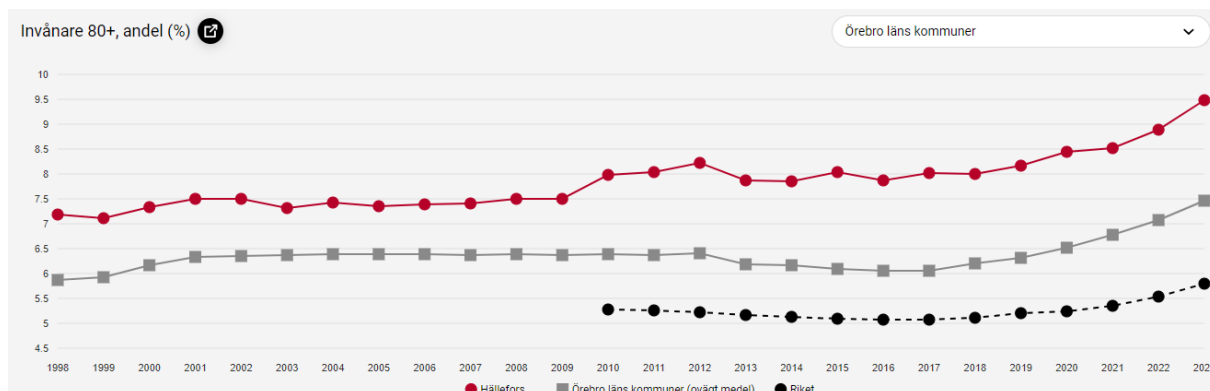
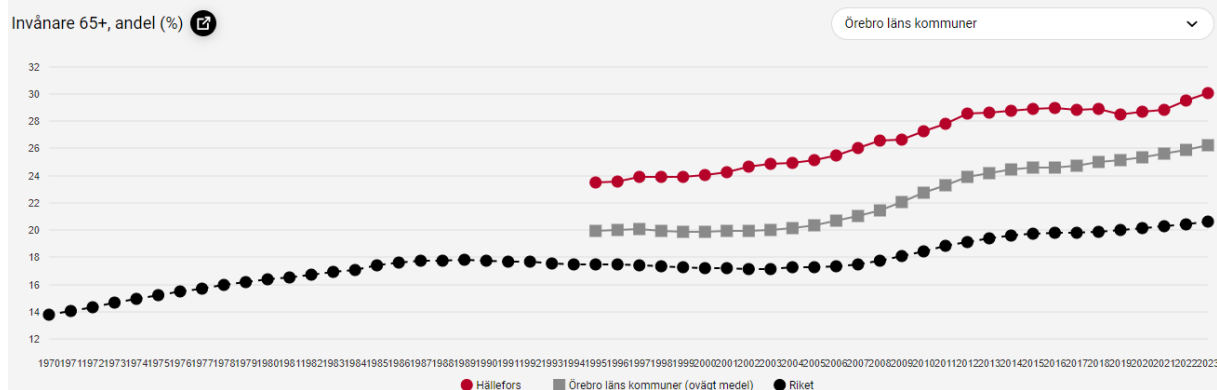
Oklart vilka konsekvenser det får för kommunen gällande både personella och ekonomiska resurser.

Åldersstruktur

Konsekvenserna som skapas på kommunal nivå handlar främst om ökat tryck på och ökade resurser till den kommunala hälso- och sjukvården, ökade kommunala kostnader samt bemanning av utbildad och kompetent personal som är en bristvara och att det blir svårt att få tag på personal med omvårdnadskompetens. Nedanstående tre bilder visar åldersstrukturen i Hällefors i jämförelse med övriga kommuner i Örebro län.

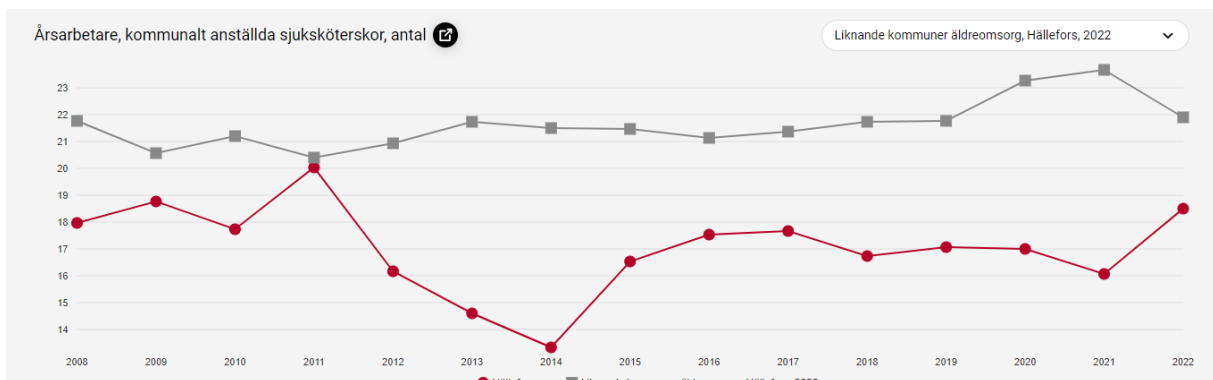
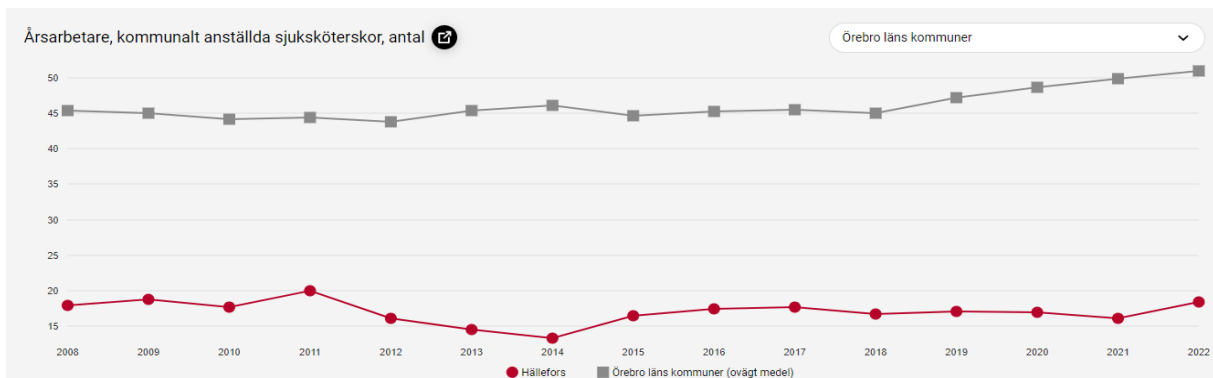


Nyckeltal	2019	2020	2021	2022	2023
Äldre i befolkningen					
> Invånare 65+, andel (%)	28.5	28.7	28.8	29.5	30.1



Kompetens

Den första bilden visar antalet årsarbetande sjuksköterskor i förhållande till övriga kommuner i Örebro län och den andra bilden liknande kommuner äldreomsorg.



Den första bilden visar antalet årsarbetande arbetsterapeuter i förhållande till övriga kommuner i Örebro län och andra bilden liknande kommuner äldreomsorg.

