

Redovisning



Patientsäkerhets- berättelse

2023

Patientsäkerhetsberättelsen gäller för: Vård och omsorgsförvaltningens kommunala hälso- och sjukvård samt rehabilitering

Dokumentansvarig: Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

Diarienummer: VON/2024:31

Innehåll

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	5
Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
Engagerad ledning och styrning.....	6
Övergripande mål och strategier för 2023-2025.....	7
Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025.....	7
Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025.....	7
Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska	7
Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025.....	7
Organisation och ansvar	7
Vård och omsorgsnämndens ansvar	7
Verksamhetschefens ansvar	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering	9
Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet	11
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare.....	13
Del 2: Agera för säker vård	14
Analys och uppföljning.....	2
Läkemedelsgranskning	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	2
Har vården varit säker	2
Tillförlitliga och säkra system och processer	3
Identifierade områden inom kommunal hälso- och sjukvård är:	3
Säker vård här och nu	4
Riskhantering	4
Vad är en vårdskada eller risk för vårdskada?	4
Avvikelse	5
Samverkan vid in och utskrivning på sjukhus	7

Nationella och regionala riktlinjer/metoder	8
Medicintekniska produkter	8
Vaccinationer	8
Smittskydd	8
Palliativa registret	8
Stärka analys, lärande och utveckling	9
Öka riskmedvetenhet och beredskap	10
Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	11
Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2023-	11
2025 kopplade till äldrelivet	11
Äldrelivet	11
Mål för den kommunala hälso- och sjukvården 2023-2025	11
Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025	11
Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025	11
Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska	11
Andelen personer över 75 år med olämpliga läkemedel ska minska till 5 % 2025	11
Uppföljning: Öppna jämförelse och vården i siffror	11
Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025	11
Strategier och utmaningar för kommande år	12
Undvik slutenvården genom proaktivt arbetssätt	12
Hälsobefrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt	12
Insatser för goda förutsättningar för vårdens medarbetare	12
En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård	13
Utbilda vårdens framtida ledare	13

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Patientsäkerhetsberättelsen 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”

Sammanfattning

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att ge en bild av det arbete som har gjorts inom patientsäkerhetsområdet under det gångna året.

Vissa rekommendationer för Covid – 19 har fortsatt gälla inom vård- och omsorg. Syftet är att vi ska för att skydda våra sköra äldre och riskgrupper. Det har bl.a. inneburit att personalen i det patientnära arbetet fortsatt behövt bära skyddsutrustning under större delen av året. Under hela året har vi tagit prover på de sköra äldre och riskgrupper vid förkylningssymtom.

De flesta som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården vaccineras mot covid-19 både vår och höst.

De mål och strategier som funnits under 2023–2025 har följts upp. Vad det gäller vård i livets slutskede genomförs brytpunktssamtal och patienter ordinerar och får läkemedel. Uppföljning av effekt är ett förbättringsområde. Tyvärr har siffran för antal olämpliga läkemedel för personer över 75 år ökat. Det finns inga specifika siffror för de som är inskrivna i vår verksamhet utan omfattar alla som är skrivna i kommunen.

Uppföljning visar att vi behöver fortsätta arbeta med mål och strategier så att hela vård- och omsorg på alla nivåer arbetar mot samma mål vad det gäller patientsäkerhet.

En god säkerhetskultur är en av de grundläggande förutsättningarna för en säker vård. Medarbetarna rapporterar avvikelser i verksamhetssystemet efter analys återkopplas det till respektive verksamhet. De vanligaste avvikelserna är läkemedel och fall, båda har minskat i antal. Vi har förhållande få avvikelser vad det gäller läkemedel och det går att verifiera i det elektroniska läkemedelssystemet.

Alla individer följs upp via fallriskbedömningar i Senior Alert. Det är framför allt de med kognitiv svikt och neurologiska sjukdomar som faller. Adekvata åtgärder sätts in och har inte bedömts som vårdskada enligt lex Maria.

En annan förutsättning för säker vård är att personalen har en adekvat kunskap och kompetens. Det är glädjande att våra ombud bland omvårdnadspersonalen jobbar så aktivt med sina roller framför allt gäller det hygien- och inkontinensombud.

Samverkan kring in- och utskrivningar sker i gemensamt planeringssystem med Regionen. Utskrivningsprocessen är snabb och de flesta tar vi hem inom ett dygn efter utskrivningsklar. Tyvärr så återinläggs ca ¼ av dessa patienter inom 30 dagar. Många sköra äldre är multisjuka och behöver avancerad hemsjukvård. Det är en utmaning för den kommunala hälso- och sjukvården. Det kräver ett teamarbete med flera professioner inblandade.

Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård

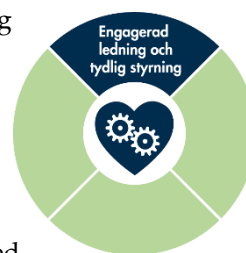
Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.



Ovanstående bild beskriver bl a de förutsättningar som finns för att nå en god och säker vård.

Engagerad ledning och styrning

Ledningen behöver vara engagerad och ha och en tydlig styrning över den kommunala hälso- och sjukvården i Forshaga kommun. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god hälso- och sjukvård som beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppfylls. Enligt SOSFS 2011:9 ska det finnas ett ledningssystem för verksamheten. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren leda, kontrollera, följa upp förbättra och utvärdera verksamheten. Vård- och omsorgsförvaltningen har sitt ledningssystem för kvalitet i verktyget Stratsys.



Övergripande mål och strategier för 2023-2025

Delårsredovisning för 2023

Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025

Uppföljning: under 2023 har 81,3 patienter erhållit brytpunktssamtal

Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025

Uppföljning: under 2023 har 96,9 ordinerats läkemedel mot smärta.

Dokumenterade smärtskattningar enligt validerade instrument behöver förbättras.

Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska

Uppföljning: Antalet fallskador i målgruppen har minskat från 9486 inrapporterade 2021 till 8352 inrapporterade 2022. Ingen data för 2023 är publicerad.

Andelen personer över 75 år med olämpliga läkemedel ska minska till 5 % 2025

Uppföljning: September 2022 var siffran 5,8 % och i september 2023 6,1 % vilket är en ökning. Regionen kommer analysera resultatet och vidta åtgärder.

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025

Uppföljning: Under 2022 var siffran 22,8 % och under 2023 21,7 %. Den lägsta siffran var i mars med 19% och högst i juli månad och augusti månad 26,1 % respektive 27,2 %.

Organisation och ansvar

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

Ansvar för ett effektivt och preventivt patientsäkerhetsarbete vilar på vårdgivaren. Vårdgivaren är den nämnd som av kommunfullmäktige fått uppdrag att ansvara för kommunal hälso- och sjukvård.

Samtliga medarbetare har också en skyldighet att medverka i och bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls.

Vård och omsorgsnämndens ansvar

Nämnden är ansvariga för att:

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Följa upp ledningssystem för kvalitet genom kontinuerliga redovisningar av verksamhetschef på nämndsammanträden
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen genom att ta del av patientsäkerhetsberättelsen

Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefens ansvar

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. Verksamhetschefen arbetar på uppdrag av vård och omsorgsnämnden.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschefen ska:

- upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt
- genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ska biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

MAS/MAR har ansvar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom:

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följas upp att de efterlevs
- att det finns rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Enhetschefen för HSL ska tillse att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen har en nära samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den legitimerade personalen och vård- och omsorgspersonalen, när de utför delegerade arbetsuppgifter, skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Processer som är identifierade där samverkan behövs för att förebygga vårdskador.

Samverkan med andra kommuner och anslutna enheter inom Region Värmland sker genom:

- Samverkansrutiner för samordnad individuell planering, SIP.
- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Region Värmland område hälso- och sjukvård
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m.
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland
- Sortimentgrupper/riktlinjegrupper för hjälpmedel i Värmland
- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Samverkan med vårdcentralen i Forshaga
- Samverkan med Folktandvården
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD -, och Svedem.

På Vårdgivarwebben, [Vårdgivarwebben - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](http://vardgivarwebben-region-varmland.se) finns gemensamma samverkansrutiner beskrivna.

Intern samverkan sker med andra förvaltningarna främst med elevhälsan. Inom förvaltningen sker samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten (äldreomsorg och funktionsstöd). Det sker på alla nivåer och inom specifika arbetsområden som rör patientsäkerhet exempelvis.

- Dokumentation
- Hygien
- Inkontinens
- Läkemedel/delegering

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utgångspunkter i kommunens arbete med informationssäkerhet är framförallt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal samt kommunens egna krav.

Med informationssäkerhet avses att säkerställa informationens:

- **Riktighet:** Att information inte kan förändras vare sig av obehöriga, av misstag eller på grund av funktionsstörning. Informationen ska vara tillförlitlig, korrekt och fullständig.
- **Sekretess:** Att innehållet i dokument, information och handlingar inte görs tillgängliga eller avslöjas för obehörig.
- **Spårbarhet:** Att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt, användare, skrivare, dator eller system/program. Det ska gå att se vem som tagit del av informationen, vilka förändringar som har skett och av vem dessa har utförts.
- **Tillgänglighet:** Att information och informationstillgångar kan utnyttjas efter behov, i förväntad utsträckning och inom önskad tid utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Informationssäkerhet är en integrerad del av kommunens verksamhet. Forshaga kommun har en övergripande informationssäkerhetspolicy som ska ange mål och inriktning samt styra kommunens informationssäkerhetsarbete. Alla som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten. All hälso- och sjukvårdsdokumentation sker i verksamhetssystemet Treserva. Dokument förvaras i låsta dokumentskåp. Uppföljning redovisas som egenkontroller.

Informationssystem inom kommunal hälso- och sjukvård

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva samt i systemet för sammanhållen journalföring, Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt Cosmic LINK säkerställer verksamheten trovärdigheten gentemot den enskilda vårdtagaren att eventuell obehörig åtkomst till dokumenterade patientuppgifter kontrolleras.

Alla informationssystem som leg. personal använder som rör patientuppgifter sker med SITHS-inloggning eller tvåfaktorsinloggning. Inloggning för överlämningspersonal sker med personnummer och lösenord i Alfa CareSignIt.

Personuppgiftsavtal- PUB avtal tecknas med leverantörer av system som används inom den kommunala hälso- och sjukvården. Avtalet förtydligar hur behandling av personuppgifter får ske. Vidare en försäkran om att konfidentialitet och lagstadgad tystnadsplikt säkerställs. Leverantören ska också vidta lämpliga säkerhetsåtgärder.

En god säkerhetskultur

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

En god säkerhetskultur kännetecknas av

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador
- ett aktivt arbete med att minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser
- en organisation där alla lär av det som har gått bra.



Källa [Säkerhetskultur - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Vid analys av avvikelser görs en bedömning av allvarlighetsgrad och frekvens. Resultatet ger en fingervisning om vad som behöver åtgärdas i verksamheten. Rapportör av avvikelse får återkoppling via meddelandefunktion. Vid uppföljning av inrapporterade avvikelser sker det inte på personnivå utan ska ses som ett lärande för verksamheten. Återkoppling sker framför allt genom enhetschef på apt. Uppföljning av händelselogg sker i samverkan med sjuksköterska och arbetsgrupp.

Den finns flera områden inom vård- och omsorg där man arbetar med säkerhet. Informationssäker, läkemedelssäkerhet, medicinteknik samt arbetsmiljö och fysisk säkerhet. Dessa områden påverkar även patientsäkerheten vid riskbedömning av vårdskador.



Källa [Säkerhetskultur - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

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.

En kommunövergripande introduktion genomförs för alla nyanställda. Vård och omsorg har en introduktion, via bemanningsenheten, där MAS varit med i arbete med vilka delar som bör vara med ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Alla sjuksköterskor har ett särskilt introduktionsprogram med fokus på arbete inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kompetensutvecklingsplan för sjuksköterskor sker i nära samarbete mellan MAS och enhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården.



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vården ska så långt som möjligt bedrivas i samråd med den enskilde. Vården och patienten kan ha olika syn på vården. Det är viktigt att ställa frågan till patienten, Vad är viktigt för dig?

Patienten och hans närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det är särskilt viktigt när vården bedrivs i patientens hem. Patientens självbestämmande och integritet måste alltid respekteras

Vid utredning av klagomål och synpunkter samt internutredningar enligt lex Maria involveras närstående. Vid vård i livets slut är alltid patienten och/eller den närstående delaktig.

Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för varje enskild individ.

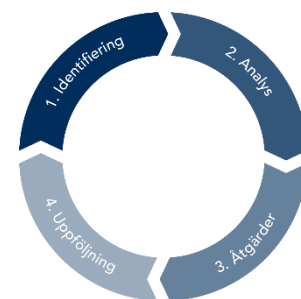
Att på ett mer systematiskt och strukturerat sätt är ett av målen för 2024 års Nära vård. Den kommunala hälso- och sjukvården behöver arbeta mer aktivt i frågan.



Del 2: 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.



För att kunna utöva egenkontroll ska detta utföras systematiskt vilket innebär att den ska vara planerad och genomföras metodiskt.

Information kan exempelvis hämtas från brukarundersökningar, kvalitetsregister eller stickprovsundersökningar. Syftet är att se verksamhetens resultat.

Kvalitetsarbetet inom vård- och omsorg planeras i ledningssystemet för kvalitet som finns i verktyget Stratsys.

Identifierade områden och processer i patientsäkerhetsarbetet är;

Område	Process
Samverkan Enhet	Samverkan vid utskrivning från slutenvården Region Värmland Enhet
	Kommunal hälso- och sjukvårdssamverkan med verkställighet Enhet
	Samverkan mellan förvaltningar Enhet
	Samverkan kommunal hälso- och sjukvård med Region Värmland Enhet
	+ Process
Utredning av avvikelser Enhet	Klagomål och synpunkter Enhet
	Rapporteringskyldighet av vårdskador Enhet
	+ Process
Arkiv och gallring Enhet	Dokumenthanteringsplan Enhet
	+ Process
Patientsäkerhetsarbete inom Kommunal hälso- och sjukvård Enhet	Minska vårdskador Enhet
	En kvalitativ kommunal hälso- och sjukvård Enhet
	+ Process
Informationssäkerhet Enhet	Kommun- och förvaltningsövergripande policy Enhet

Identifierade områden och processer

Analys och uppföljning

Egenkontroll	Period	Frekvens	Senaste analys	Kontrollmoment
Grön Granskning av vårdplaner	2023	2 ggr per år	Vårdplaner skrivs i tillräcklig omfattning vad det gäller den kommunala hälso- och sjukvården. Rehabiliteringen har kommit igång med vårdplaner sista kvartalet 2023.	Granskning
Grön Journalgranskning patientjournal	2023	1 ggr per år	Journalgranskning genomförd i samband med uppföljning av enskilda patienter där MAS varit inkopplad. Omvårdnadspersonalen vad det gäller dokumentation i fördelade vårdplaner har ökat.	Stickprov
Grön Journalgranskning	2023	1 ggr per år	Närstående har varit delaktiga vid brytpunktssamtal.	Granskning
Röd Kontroll av antal utredningar	2023	2 ggr per år	Enstaka mätningar har genomförts vid blåsdysfunktion. Förbättringsarbete har påbörjats inför 2024	Granskning

Grön Kontroll av bedömningar	2023	2 ggr per år	God följsamhet till bedömningar enligt NEWS när patientens hälsotillstånd försämras.	Stickprov
Grön Kontroll av dokumenterad SBAR	2023	2 ggr per år	Inga planerade stickprovskontroller har planerats för 2023. Arbetet med rapport och dokumentation med SBAR fortsätter och går sakta framåt.	Stickprov
Grön Kontroll av registreringar Palliativa registret	2023	2 ggr per år	Antal registrerade har ökat från 19, 2022 till 32, 2023. Saknas dokumentation på om smärtskattning genomförts före och efter given injektion.	Granskning
Gul Kontroll av rutin tillgång till läkemedel vid kris.	2023	1 ggr per år	De flesta patienter har läkemedel som är dosförpackade. Aktuella leverantörer har fått i uppdrag att ta fram en nationell plan. I övrigt följer den kommunala hälso- och sjukvården framtagna rekommendationer för läkemedel från Socialstyrelsen.	Målgruppsundersökning

Grön Läkemedelsgenomgångar på säbo	2023	1 ggr per år	Läkemedelsgenomgångar genomförs i samband med inflyttning på säbo och fortlöpande när behov uppstår. Genomförs av ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska.	Målgruppsundersökning
Grön Sammanställning av avvikelser inkomna från Region Värmland	2023	1 ggr per år	Inga ärenden har inkommit till patientnämnden från patienter eller deras närstående från Forshaga kommun.	Internkontroll
Grön Sammanställning och av inkomna avvikelser läkemedel..	2023	1 ggr per år	Avvikelser vad det gäller läkemedel har rapporterats in i avvikelssystemet. Det ligger i linje med uppföljningar av ej hanterade doser i AlfaCare signlt. Antal avvikelser har minskat.	Internkontroll
Röd Uppföljning av andelen patienter som bedöms enligt ROAG	2023	2 ggr per år	Bedömningar enligt ROAR utförs inte i tillräcklig omfattning. Förbättringsarbete påbörjat. Av 178 riskbedömda patienter gjordes bedömningar om munhälsa på 60 patienter. Av dessa bedömdes 48 ha risk för nedsatt munhälsa.	Internkontroll

Grön Uppföljning av avvikelser och information till förvaltningschef	2023	4 ggr per år	Fördjupade analyser har genomförts några har gått vidare för fördjupad analys men inga har lett till anmälan till IVO.	Stickprov, Granskning
Grön Uppföljning av följsamhet till rutin	2023	1 ggr per år	Statusmeddelande skrivs i Cosmic Link. Vid brådskande ärende tas även telefonkontakt.	Granskning
Grön Uppföljning av fördelade vårdplaner	2023	2 ggr per år	Uppföljning genom stickprov. Vårdplaner finns fördelade på säbo och inom hemsjukvård.	Granskning
Grön Uppföljning av förskrivning inkontinenshjälpmedel	2023	4 ggr per år	Inkontinensombuden har fått produktutbildning, uppdrag att genomföra mätningar och beställa inkontinenshjälpmedel. Två sjuksköterskor har gått förskrivarutbildning.	Granskning
Grön Uppföljning av rapport från patientnämnden	2023	1 ggr per år	Inga ärenden har inkommit till patientnämnden från patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.	Jämförelse av verksamhetsresultat

Grön Uppföljning av utredningar enligt lex Maria information till förvaltningschef	2023	2 ggr per år	Förvaltningschef har informerats om rapporter som lett till vidare utredning av MAS. Några rapporter har även lett till lex Sarah utredningar och samverkan har då skett med SAS, socialt ansvarig socionom.	Stickprov, Granskning
Grön Uppföljning i Palliativa register	2023	2 ggr per år	Brytpunktssamtal finns registrerade på samtliga inrapporterade 32 patienter.	Granskning
Grön Uppföljning i Senior Alert	2023	2 ggr per år	Av 178 riskbedömda bedöms 118 patienter risk för undernäring.	Granskning
Grön Uppföljning i Senior Alert	2023	2 ggr per år	Av 178 bedömda har 49 patienter risk för trycksår.	Granskning
Grön Uppföljningar av registreringar i senior Alert	2023	2 ggr per år	Regelbundna Teamträffar med leg.personal och omvårdnadspersonal har kommit igång efter pandemin. Riskbedömning för fall genomförs och åtgärder vidtas för fallförebyggande arbete. Rehabiliteringsgruppen följer upp alla inrapporterade fall.	Granskning

Grön Kontroll av förvaring SITHS kort	2023	1 ggr per år	Genomförd genom stickkontroll. Många har sina SITHs kort kvar i datorn under arbetsdagen. Kontorsdörrar låses när man lämnar dem.	Tillsyn
Grön Läkemedelsgenomgångar ordinärt boende	2023	1 ggr per år	Läkemedelsgenomgångar har genomförts enligt plan. Patienter tas ut i samråd mellan patientansvarig sjuksköterska och hemsjukvårdsläkare. Farmaceut deltar och ruiner följs.	Granskning, Målgruppsundersökning
Röd PPM BHR	2023	1 ggr per år	Målet med fyra ppm mätningar per år i verksamheterna ej uppfyllt. Mätningar har gjorts 1-2 ggr.	Tillsyn, Målgruppsundersökning
Grön HALT	2023	1 ggr per år	Mätning genomförd på våra säbo enligt plan.	Målgruppsundersökning
Grön Kontroll av sekretess material på skrivbord	2023	1 ggr per år	Material ligger framme under dagen. Låses in under dagens slut. Dörren till kontoret låses när det är obemannat.	Tillsyn

Grön Uppföljning av resultat i palliativa registret	2023	2 ggr per år	Har ökat.	Granskning
Grön Loggkontroll behörighet journal Cosmic	2023	3 ggr per år	Lista från Cosmic Link följs upp av MAS. Inga oegentligheter har upptäckts.	Stickprov
Gul Uppföljning av egenkontroller i verksamheten enligt årshjul	2023	1 ggr per år	Årshjulet har ej helt följts ute på enheterna. Förbättringsarbete påbörjat sista kvartalet 2023	Internkontroll

Läkemedelsgranskning

Som ett led i egenkontrollen ska vårdgivare se till att en oberoende aktör genomför och dokumenterar granskningen. Detta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37.

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen inom äldreomsorgen har genomförts av en specialutbildad farmaceut. Tillsammans med farmaceuten har vi gått igenom rutiner och arbetsmoment inom läkemedelshanteringen inom hemtjänst och särskilt boende. Det har gjort att vi fått en högre kvalitet och reviderat befintliga riktlinjer och rutiner.

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.

Genom att öka medvetenheten och kunskapen inom hela förvaltningen, om vilka risker som finns för vårdskador blir vården säkrare. Ökad kunskap om patientsäkerhet och hur man kan jobba förebyggande minskar risken för vårdskador.

Har vården varit säker

Avvikelse rapporter enligt lex Maria

Händelser som har eller kunnat medföra vårdskada utreds av MAS och/eller MAR och återkopplas till verksamheten. Allvarlighetsgrad och konsekvens av händelsen avgör om en anmälan till IVO ska ske. När en allvarlig händelse inträffat får MAS/MAR direkt kännedom om händelsen via meddelandefunktionen i verksamhetssystemet eller muntligt från närmsta chef. Det gör att vårdskador upptäcks i rimlig tid. En första analys av avvikelser rapporter görs av enhetschef och/eller legitimerad personal när denne får kännedom om händelsen, det kan ske vid månadsvisa sammanställningar eller via meddelande funktionen i verksamhetssystemet.

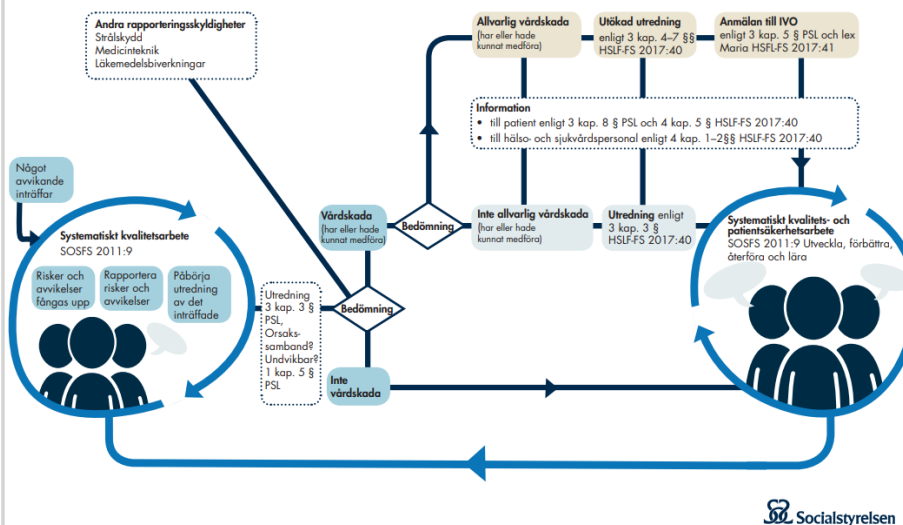
Under verksamhetsåret 2023 har inga utredda lex Maria lett allvarlig vårdskada och anmälds till IVO. Tre avvikelser har lett till utökad utredning. Liksom tidigare år fångas några avvikelser upp via klagomålshanteringen. För alla avvikelser som inkommit som en rapport från omvårdnadspersonal görs alltid bedömning av MAS när det gäller läkemedel. Fall bedöms av legitimerad personal inom rehabiliteringen. MAS sammanställer avvikelser och gör stickprov.

Avvikelse mellan Region Värmland och Forshaga kommun har ökat framförallt från Regionen. Det rör sig sammantaget om ca 10 per år.

De flesta avvikelser mellan huvudmännen rör Samordnade Individuella Planer (SIP). Inga klagomål har inkommit från patientsäkerhetsnämnden.

Utredning av händelser i hälso- och sjukvården

Utredningsprocessen när något avvikande inträffar, kopplingen mellan systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete och var i processen olika lagrum och föreskrifter blir aktuella.

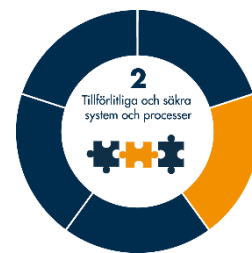


Utredningsprocessen.

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.

Vård och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att identifiera risker på alla nivåer i organisationen. Risker identifieras och beskrivs i ledningssystemet för kvalitet och genom inrapporterade avvikelserapporter. En god säkerhetskultur innebär även att alla som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården är medvetna och vaksamma om vilka risker som finns



Identifierade områden inom kommunal hälso- och sjukvård är:

- Kommunikation och information
- Undernäring
- Läkemedel
- Fall
- Trycksår
- Infektioner och smittspårning
- Fördröjd utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
- Medicintekniska produkter

Ovanstående riskområden beskrivs i 2022 och 2023 års ledningssystem för kvalitet som processer (en process är en serie aktiviteter som är kopplade mot ett bestämt mål). Aktiviteterna skall vara åtgärder som minskar risk för vårdskador.

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.

Riskbedömningar görs i ledningssystemet för kvalitet och utifrån sannolikhet och konsekvens genomförs åtgärder. Risker rapporteras även in i avvikelshanteringssystemet.

Vad är en vårdskada eller risk för vårdskada?

Risker kan uppstå i alla delmoment i läkemedelshandlingen och bero på många olika bakomliggande orsaker. De vanligaste förekommande inom vår verksamhet är;

- att dosetten inte är delad rätt
- störningar och distraktioner vid utförandet av arbetsuppgifter
- risk för att förväxla läkemedel eller välja fel läkemedel
- misstag då läkemedlet ska ges till patienten, till exempel förväxling av patienter
- en patient som inte får ett ordinerat läkemedel i rätt tid eller får för mycket eller för lite
- att det saknas adekvat kompetens när läkemedlet ska ges till patienten, där till exempel delegering kan utgöra en risk.

Ovanstående risker analyseras och adekvata åtgärder sätts in.

En fallolycka kan vara en vårdskada om hälso- och sjukvården kunnat vidta åtgärder för att förhindra fallet, men inte gjort det. Det kan t ex vara att man inte gjort någon riskbedömning eller att det inte satts in förebyggande åtgärder.

Avvikelser

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

Personal skriver avvikelserrapporter i verksamhetssystemet. De allra vanligaste avvikelserna är inom området fall och läkemedel. Avvikelser rörande läkemedel följs främst upp via AlfaCareSignIt.

Statistik		Statistik	
Antal:	6194	Antal:	9860
Innanför:	4649 (75.1%)	Innanför:	7475 (75.8%)
Utanför:	1481 (23.9%)	Utanför:	2315 (23.5%)
Ej hanterade:	64 (1%)	Ej hanterade:	70 (0.7%)

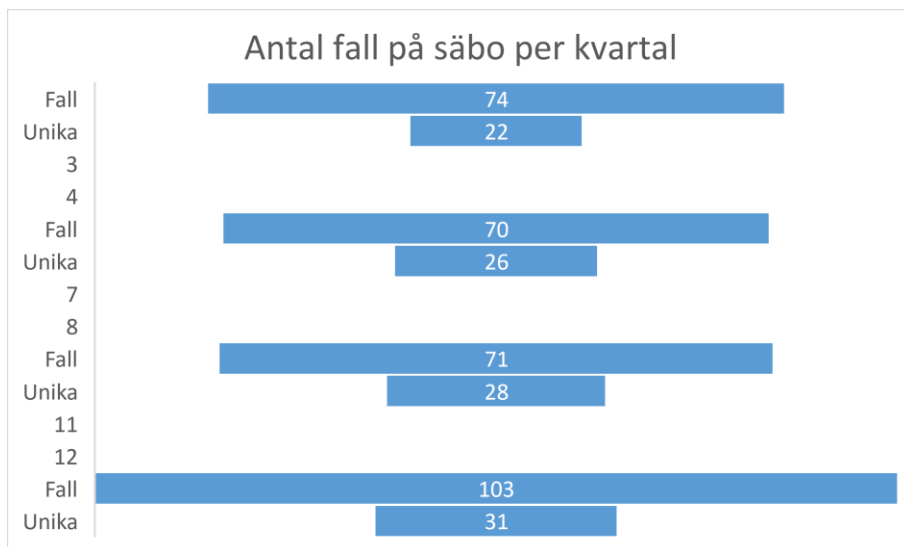
Statistik för säbo Ullerudsgården och Lintjärn december 2023 antalet hanterade läkemedelstillfällen.

Statistik		Statistik		Statistik	
Antal:	7579	Antal:	5568	Antal:	5633
Innanför:	5604 (73.9%)	Innanför:	4977 (89.4%)	Innanför:	5054 (89.7%)
Utanför:	1721 (22.7%)	Utanför:	505 (9.1%)	Utanför:	531 (9.4%)
Ej hanterade:	254 (3.4%)	Ej hanterade:	86 (1.5%)	Ej hanterade:	48 (0.9%)

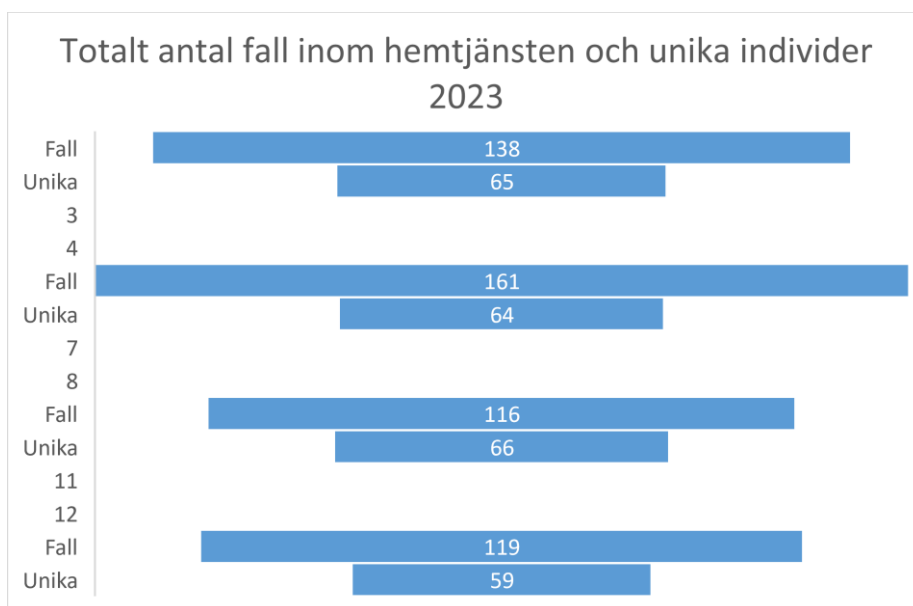
Statistik för ordinärt boende område Deje, centrala Forshaga och ytterområden Forshaga december 2023, antalet hanterade läkemedelstillfällen.

Sammanfattningsvis har antalet ej hanterade doser minskat mot 2022. Inom funktionsstöd är ej hanterade läkemedelstillfällen under 1 % och där ligger det lika mot föregående år. En framgångsfaktor är att all omvårdnadspersonal genomgått Apotekets läkemedelsutbildning och att man aktivt jobbat tillsammans enhetschef, omvårdnadspersonal och ansvarig sjuksköterska med avvikelser för läkemedel. I ytterområdena hemtjänst Deje finns fortsatta utmaningar med att komma tillrätta med läkemedelstillfällen som är utanför angiven tid för att kunna signera läkemedel

Fall



Antalet fall per kvartal på våra säbo och hur många enskilda individer som fallit under 2023



Antalet fall per kvartal inom hemtjänsten och hur många enskilda individer som faller 2023

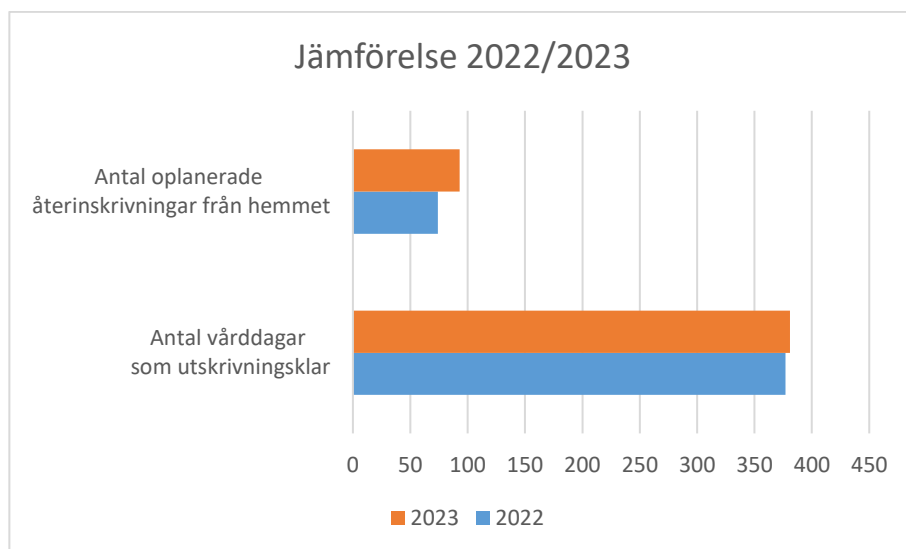
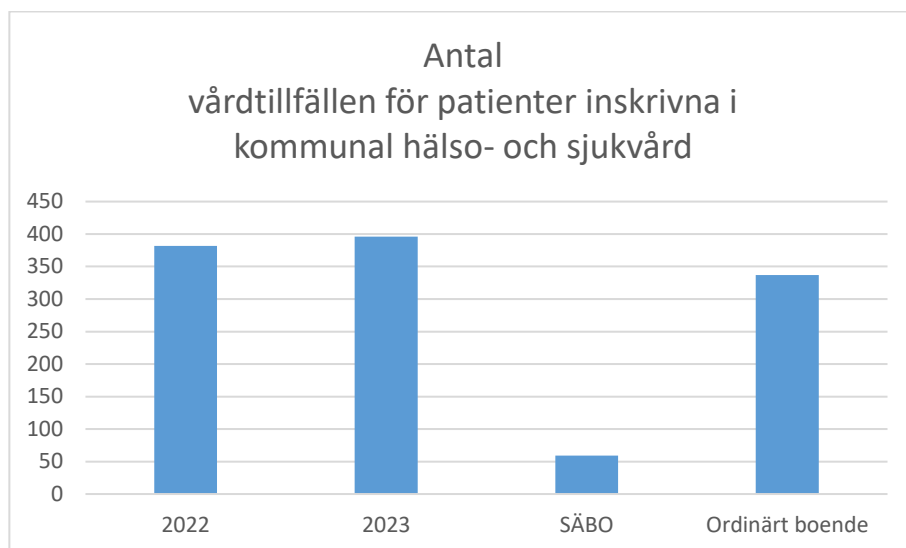
År 2022 registrerades 946 fallavvikelser och 2023 registrerade 852 fallavvikelser. Det innebär att antalet registrerade fall har minskat till 2021's nivå. Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns det mellan 9–14 personer som faller mer än fem gånger per kvartal. Dessa individers hälsotillstånd påverkar att de riskerar att falla ofta. Att vissa individer faller ofta beror oftast på hälsohistoria med kognitiv svikt och/eller neurologiska sjukdomar. Personer som är självständiga i förflyttningar tenderar även till att falla oftare. Alla individer efter samtycke följs regelbundet upp via fallriskbedömningar i Senior Alert för att upptäcka och synliggöra förhöjd risk att falla. Det fallförebyggande arbetet pågår ständigt i verksamheten, åtgärder som att skapa trygga vårdmiljöer, individanpassningar i

omvårdnad, hjälpmedelsförskrivningar samt arbete med larm- och skyddsåtgärder är exempel på fallförebyggande insatser.

Samverkan vid in och utskrivning på sjukhus

Cosmic Link används vid utskrivningsplanering från slutenvård och vid framtagande av en samordnad individuell plan (SIP). Planeringen sker utifrån gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning. På de patienter som sedan tidigare inte är inskrivna i den kommunala hemsjukvården och/eller har hemtjänst görs en gemensam SIP mellan den enskilde, sjukhuset, vårdcentralen, kommunal hemsjukvården och socialtjänsten. Det sker oftast via Teams och vårdcentralen är sammankallande. För de som tidigare har hemsjukvård och hemtjänst med ett utökat behov möter förvaltningens team upp i hemmet. För de som går hem med oförändrade insatser stämmer varje profession av enskilt med patienten. De som bor på säbo skrivs åter ut till boendet i samråd med ansvarig sjuksköterska.

Antal utskrivningar till hemmet, medelvårdtid och tid som utskrivningsklar



Medelvårdtid utskrivningsklar är 1,0 dygn både 2022 och 2023.

Nationella och regionala riktlinjer/metoder

För att kunna arbeta utifrån bästa kunskapsläge använder hälso- och sjukvården i Forshaga kommun Vårdhandboken.se. Syftet med Vårdhandboken är att säkerställa god och säker vård på lika villkor. Vårdhandboken bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL) och bidrar till att de nationella målen för hälso- och sjukvården ska uppnås. Webb sidan ger riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården så att kvaliteten och säkerheten i vården kan behållas och vidareutvecklas i hela landet.

På regionalnivå hämtas information och riktlinjer från Region Värmlands vårdgivarwebb.

Medicintekniska produkter

För att säkerställa medicintekniska produkters säkerhet sker årlig service och underhåll av OneMed AB.

Gällande medicintekniska produkter inom hjälpmedelsverksamheten har vård- och omsorg hjälpmedelstekniker som utför fortlöpande rekondering, service och förebyggande underhåll. Inom verksamheten genomförs även årliga besiktningar och inspektioner av specifika hjälpmedel. Värmlands kommuner i samverkan med Hjälpmedelsservice Region Värmland, utför gemensamma upphandlingar gällande de hjälpmedel som ska ingå i kommunens bassortiment samt gemensamma riktlinjer för förskrivning.

Vaccinationer

Region Värmland är bäst i landet vad det gäller antalet vaccinerade personer under 2023. Ett nära samarbete har skett mellan vaccinationsenheten och de värmländska kommunerna. I Forshaga har våra sjuksköterskor vaccinerat de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Regionen har varit behjälpliga med vaccinering på våra säbo. Det har varit olika riskgrupper som rekommenderats vaccination under vår alt. höst. Vi har vaccinerat mot Covid-19, säsongsinfluensa samt pneumokocker.

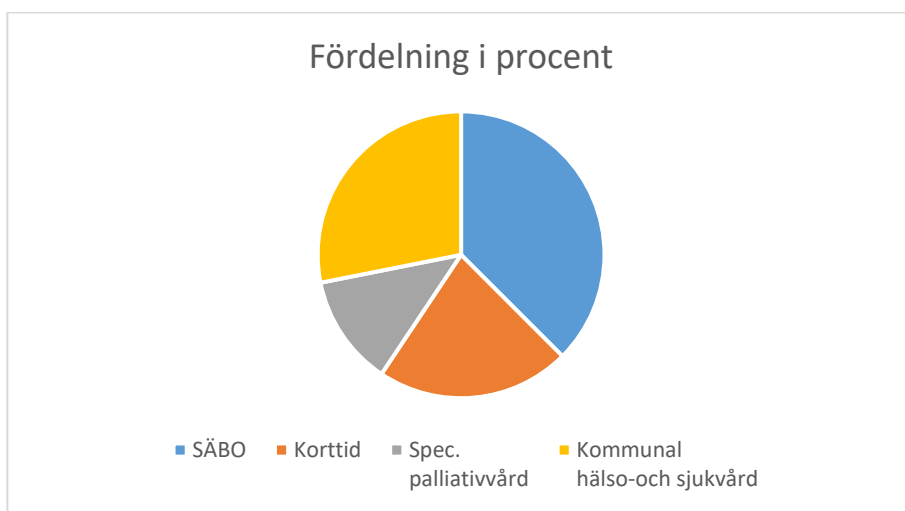
Smittskydd

Under 2023 har hälso- och sjukvården haft kvarstående skyddsåtgärder mot övriga samhället. Det har gällt fortsatt användande av munskydd för att skydda de allra mest sköra äldre.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående.

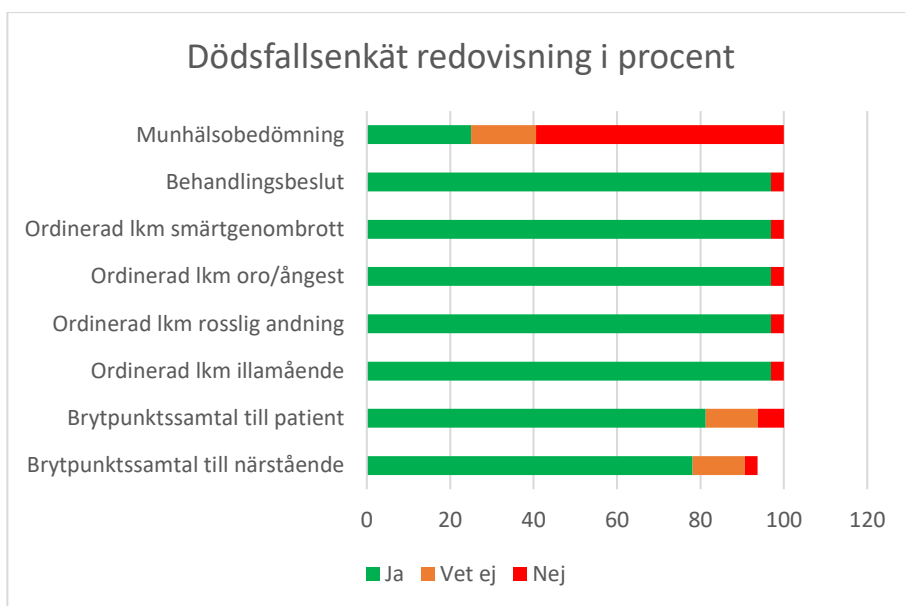
Ett förbättringsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården har varit registrering och uppföljning i det palliativa registret. Antal inrapporteringar har ökat från 19 registreringar 2022 till 32 registreringar 2023.



Vistelse vid dödsögonblicket

Parametrar som vi har särskilt fokus på är;

- Brytpunktssamtal
- Smärtskattning
- Munhälsobedömningar
- Antal registreringar



Kvaliteten på inrapporterade dödsfall har blivit bättre.

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.



Analys och lärande sker främst genom lex Maria utredningar, återkoppling av avvikelser till verksamheten. Uppföljning av mål 2022 har skett genom nationella register, journalgranskningar samt intervjuer.

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.

För att kunna arbeta patientsäkert i framtiden behöver flera åtgärder beaktas:

- Kompetensutveckling
- Omvärldsbevakning
- Risk- och sårbarhetsanalys vad det gäller kommunal hälso- och sjukvård
- Träning och simulering



Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2023-2025 kopplade till äldrelivet

Mål för kommande års patientsäkerhetsarbete följer några av de mål som beredningsgruppen i äldrelivet, Nya Perspektiv, lagt fram som målområden fram till 2025.

Äldrelivet

Länets kommuner och regionen samverkar för att skapa förutsättningar för en trygg, frisk ålderdom och ett bättre liv för äldre i Värmland samt ett värdigt slut.

Det handlar både om hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter, att färre äldre ska falla och skada sig men också om en sammanhållen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling samt god vård i livets slutskede.

Mål för den kommunala hälso- och sjukvården 2023-2025

Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025

Uppföljning: Årlig uppföljning i palliativa registret

Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025

Uppföljning: Årlig uppföljning i palliativa registret

Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska

Uppföljning: Statistik i verksamhetssystem

Andelen personer över 75 år med olämpliga läkemedel ska minska till 5 % 2025

Uppföljning: Öppna jämförelse och vården i siffror

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025

Uppföljning: Statistik Cosmic Link

Strategier och utmaningar för kommande år

Omställning till nära vård pågår för fullt i hela landet. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar.

Värmlands alla kommuner har tillsammans med regionen tagit fram en gemensam färdplan. Den beskriver flera utvecklingsområden som ligger i linje med de medel som beviljas för en god och nära vård 2024.

Undvik slutenvården genom proaktivt arbetssätt

En sammanhållen personcentrerad nära vård förutsätter att patienten är delaktig i sin vård och behandling. Patienterna och deras närstående behöver få bli mer delaktiga. Egenvård behöver vara i fokus vid beviljande av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Ökade kunskaper om egenvård är en utmaning under 2024.

Strukturerad uppföljning av de patienter som återinskrivits inom 30 dagar på sjukhus behöver genomföras under 2024.

Hälsobefrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt.

- a) Hälsobefrämjandeinsatser i form av hälsosamtal leder till att medarbetare kan stödja patienter till hälsosammare levnadsvanor.
- b) Arbeta med riskbedömning och åtgärdsplaner för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt eller utveckla ohälsa görs genom riskbedömningar i Senior alert. Här är ett teambaserat arbetssätt av yttersta vikt. Det fallförebyggande arbetet behöver riktas till alla kommuninvånare och insatser behöver genomföras på kommunövergripande nivå. Det finns idag på marknaden tillgänglig välfärdsteknologi med träning och aktivitetsrapport. Även inom vård och omsorgsverksamhet kan man utnyttja välfärdsteknik för att få en större följsamhet till delegerade insatser från fysioterapeuter.
- c) Ett mer förebyggande habiliterande/rehabiliterande förhållningssätt behöver utvecklas. En utmaning är brist på legitimerad rehabiliteringspersonal. Översyn av nuvarande hemtagning från sjukhus ska ses över under 2024.

Insatser för goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal och Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska har ett nära samarbete för att utveckla arbetssätt för legitimerad personal. Utveckling av team kommer ske under 2024. När olika professioner kompletterar varandra stärks också förutsättningarna för ett mer teambaserat arbetssätt. Kompetens behöver tas tillvara och medarbetarna har olika kompetensområden som de ansvarar för.

En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård.

En kompetensutvecklingsplan kommer tas fram för 2024.

Kortare vårdtider och snabbare utskrivningar från sjukhus leder till att alltmer avancerad sjukvård utförs i hemmet. Kompetenshöjande insatser sker på olika nivåer. Ett nära samarbete med Region Värmland sker vad det gäller kompetenshöjande insatser.

Utbilda vårdens framtida ledare

Verksamheten behöver utbilda fler handledare. Studenter från universitetet går idag två och två på sin praktikplats vilket ställer högre krav på handledande sjuksköterska. Ett fåtal av sjuksköterskorna har handledarutbildning.

Viktigt att ny legitimerad personal får en strukturerad introduktion. Vilket kan vara ett problem om omsättningen är hög på arbetsplatsen. Verksamheten har en särskild utsedd sjuksköterska som ansvarar för yrkesintroduktionen.