



Patientsäkerhetsberättelse Hallsbergs kommun

2022



Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2022 för att öka patientsäkerheten.

- Handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet framtagen.
- Samverkan med kommunens primärvård med regelbundna möten i frågor som läkarmedverkan samt övriga samverkansfrågor.
- Kvalitetsgrupp för hälso- och sjukvården arbetat för att ta fram lokala rutiner för säker läkemedelshantering.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till läkemedelsföreskriften, riktlinjer samt rutiner är genomförd i alla verksamheter
- Riktlinjer och rutiner framtagna för säker dokumentation, vårdplaner samt journalgranskning.
- Lex Maria-utredning har lett till åtgärder på enhetsnivå samt verksamhetsnivå
- Demensvårdsutvecklare arbetat för att öka kompetensen kring demensvård.
- IVO har genomfört granskning av den medicinska behandlingen på vård- och omsorgsboenden inom områdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede.
- Samverkan sårvårdssjuksköterskor region/kommun genom gemensamma utbildningar.
- Fortsatt arbete med hälso- och sjukvårdens kvalitet och ledningssystem för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har kontinuerligt följts upp med chefer samt legitimerade.

Innehållsförteckning

1	Inledning och/eller bakgrund	4
2	Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
2.1	Engagerad ledning och styrning	5
2.1.1	Övergripande mål och strategier	5
2.1.2	Hälso- och sjukvårdens mål 2022	5
2.1.3	Organisation och ansvar	6
2.1.4	Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
2.1.5	Samverkan för att förebygga vårdskador	10
2.1.6	Informationssäkerhet	10
2.2	En god säkerhetskultur.....	10
2.3	Adekvat kunskap och kompetens	10
2.4	Patienten som medskapare	12
3	Agera för säker vård	12
3.1	Resultat och analys	13
3.2	Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
3.3	Tillförlitliga och säkra system	24
3.4	Säker vård här och nu	25
3.4.1	Riskhantering	25
3.5	Stärka analys och lärande	25
3.6	Öka riskmedvetenheten och beredskapen	27
4	Mål, strategier och utmaningar för 2023	27

1 Inledning och/eller bakgrund

Patientsäkerhetsberättelse utgår från strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet framtagen av Socialstyrelsen.

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara så detaljerad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens hos medarbetare samt att ha patienten som medskapare. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast 1 mars varje år.



2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska vårdskador. För att nå det nationella målet att ingen patient ska drabbas av vårdskada, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

- Engagerad och kompetent ledning och styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.
- en god säkerhetsstruktur
- adekvat kunskap och kompetens samt
- patienten som medskapare.

2.1 Engagerad ledning och styrning

Den första grundläggande förutsättningen för säker vård är en engagerad ledning och styrning. Detta gäller från den politiska nivån till ledare i den patientnära verksamheten.

2.1.1 Övergripande mål och strategier.

Alla som har insatser av social- och arbetsmarknadsförvaltningen ska känna sig trygga med insatsen. Insatser ska anpassas utifrån den enskildes behov där den enskilde ges möjlighet till delaktighet.

2.1.2 Hälso- och sjukvårdens mål 2022

Utifrån den Nära vården, utveckla och förtydliga arbetsmetoder för att nå;

- bibehållen oberoende för den enskilde
- förtydliga det förebyggande arbetet
- alltid utgå från den enskildes delaktighet och inflytande i sin vardag

Förebyggande arbetssätt och rehabilitering

Förebyggande arbete för att förhindra fallskador, trycksår, undernäring samt dålig munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert ska erbjudas alla med hemsjukvård, alla som bor i särskilt vård- och omsorgsboende.

Rehabiliteringsmodulen i Senior Alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2022. Fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom bedömningsinstrumentet COPM (Canadian Occupational Performance Measure).

Fler patienter ska få sin blåsdysfunktion utredd i Senior Alert.

Arbetet med vårdhygien ska följas upp av alla verksamheter genom årliga mätningar. Detta för att vårdrelaterade infektioner ska minska.

God vård vid demenssjukdom

Alla personer med BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) ska bedömas och registreras i BPSD-registret.

Personal ska ha kunskap om och grundläggande utbildning i demensvård/omvårdnad.

Sammanhållen vård och omsorg

Hallsbergs kommun ska använda ett strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats.

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd ska finnas.

All vårdplanering inför utskrivning från slutenvården sker enligt beslutad ViSam modell (samverkansmodell för planering och informationsöverföring).

Personal ska ha kunskap i SBAR (SBAR är en fastställd modell för hur kommunikationen ska ske mellan yrkesgrupper).

All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSam modell.

NPÖ (nationell patientöversikt) ska användas av all legitimerad personal i kommunen för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

God vård vid livets slut

Målet med den palliativa vården är att patienten och närstående är informerade om situationen. Patienten ska vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom och läkemedel ska vara ordinerat vid behov. Omvårdnad ska ske där patienten vill dö och vara personcentrerad. Ingen ska dö ensam och anhöriga ska få stöd.

Alla verksamheter använder e-utbildning i Allmän palliativ vård

70 % täckningsgrad för registrering av förväntade dödsfall i Svenska Palliativregistret. Förbättra värdet för indikatorerna:

- dokumenterat brytpunktssamtal
- ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott
- ordinerad injektion ångstdämpande vid behov
- smärtskatta sista levnadsveckan
- dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan
- utan trycksår (grad 2-4),
- mänsklig närvaro i dödsögonblicket

2.1.3 Organisation och ansvar

Hallsbergs kommun, social och arbetsmarknadsförvaltningen, bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg samt inom funktionshinderområdet.

Vårdgivare

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att

systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschef/verksamhetschef HSL

Förvaltningschefen/verksamhetschefen för hälso- och sjukvården har ett övergripande ansvar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt område. I detta ansvar ingår implementering av kontroll av följsamhet av de riktlinjer och rutiner MAS/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvarig för rehabiliteringen) fastställer för verksamheten.

Medicinskt ansvarig, MAS/MAR

Medicinskt ansvariga 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.

Verksamhetschef

Verksamhetschef har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde.

Verksamhetschef ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och förvaltningschef/verksamhetschef HSL för hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Verksamhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef

Enhetschefen har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet och är ansvarig för resultatet.

Enhetschefen ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Resultat och förbättringsåtgärder ska regelbundet rapporteras till verksamhetschef. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Personal inom vård- och omsorg samt funktionshinder

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet och medverka i verksamhetens patientsäkerhet och kvalitetsarbete.

Expertfunktioner

Hygiensjuksköterska från vårdhygien, Region Örebro län deltar i vissa aktiviteter som till exempel hygienrond samt hygienutbildningar. Denna har ansvar gentemot kommunerna och i uppdraget ingår att bistå med vårdhygieniska riktlinjer, utbildning, rådgivning och konsultation i hygienfrågor.

Hemrehabiliteringssjukgymnast arbetar med rehabilitering av patienter över 65 år. Är anställd av regionen.

Handrehabilitering. Två arbetsterapeuter har till uppdrag att behandla personer med handskador utifrån överenskommelse med länet. Patienterna remitteras av läkare.

Hjälpmedelstekniker. En hjälpmedelstekniker finns inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen som ansvarar för kommunens hjälpmedelsförråd. Arbetsuppgifterna består av service, underhåll samt leverans av kommunens egna hjälpmedel som sängar, lyftsystem, större hygienhjälpmedel som legitimerade förskriver. Hjälpmedelstekniker ansvarar också för kontroll av lyftar vartannat år.

Förflyttningsinstruktör utbildas av externt företag. I kommunen finns 11 instruktörer, som i sin tur utbildar baspersonal i förflytningsteknik.

Demensvårdsutvecklare arbetar för att skapa en trygg och säker demensvård i alla vårdnivåer utifrån de nationella riktlinjerna för demens.

2.1.4 Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten

Strategin för Hallsbergs kommun för att öka patientsäkerheten är att strukturera utifrån mål kartlägga, vidta åtgärder samt utvärdera resultat. Analyser och diskussioner förs på socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden. De olika kvalitetsredovisningarna används i planering av mål och budget för verksamheten. Verksamhetsberättelse görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet. Egenkontroller har upprättats utifrån patientsäkerhet som följs upp under året både med chefer samt legitimerade. Resultaten följs upp av verksamhetschef, MAS/MAR och förvaltningschef/verksamhetschef HSL genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta/analysera patientsäkerheten är SKR (Sveriges regioner och kommuner) nationella verktyget för stärkt patientsäkerhet, kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret, BPSD samt avvikelssystemet.

SKR verktyg stödjer utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunen genom att ta fram en nulägesanalys och möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbetet i omställningen till Nära Vård. Detta skapar en grund för framtagande av handlingsplan.

I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion för att upptäcka risker i ett tidigt skede, identifiera bakomliggande orsaker och sätta in relevanta åtgärder för att minska risken att en vårdskada ska uppstå. Täckningsgraden för registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 100 %. Alla på vård och omsorgsboende samt inskrivna i hemsjukvården ska enligt process få registrering av riskbedömningar minst en 1–2 ggr/år.

I Palliativa registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

I BPSD registret görs bedömning om hur ofta BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. En analys av eventuellt tänkbara orsaker genomförs, en bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. Syftet är att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar och andra BPSD-symptom.

Avvikelseberättelser analyseras och förebyggande åtgärder sätts in för att minska risken för upprepning. Enhetschef ansvarar för att ta emot samt riskbedöma avvikelser. Detta görs på både individ- och verksamhetsnivå.

Beslutsstöd bidrar till att den medicinska bedömningen vid akuta tillstånd blir strukturerad och ger patienten optimal vård på rätt vårdnivå.

SBAR används och syftar till att informationsöverföringen i vårdkedjan blir systematisk och säker. Riskerna minskar för att information glöms bort eller misstolkas. Därmed minskar också risken för vårdskador.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs i alla verksamheter där läkemedel hanteras. Granskningen genomförs av Apo Ex och syftar till att granska följsamhet till föreskrift, riktlinjer samt rutiner för läkemedelshantering.

Genom teamarbete uppnås en gemensam helhetsbild av patientens behov vilket leder till en god kvalitet och skapar trygghet för patient. På teamträffarna deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef. Teamets samlade kompetens har stor betydelse vid till exempel fallriskutredning och vid fallhändelseutredning och avvikelshantering.

Punktrevalensmätningar i basala hygien- och klädriktlinjer samt HALT-mätning. Syftet med mätningarna är att mäta följsamhet till basala hygienriktlinjer samt identifiera förbättringsområden och utveckla patientsäkerheten inom vård- och omsorgsboenden genom optimering av antibiotikaanvändning och reducera förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

Riskbedömningar genomförs före förändringar av en verksamhet, inför förändringar av personalens sammansättning eller inför att nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.

2.1.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

I Örebro län har kommunerna och regionen en överenskommelse om ett regionalt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län (enheten vård, välfärd och folkhälsa). Dessa träffar är ett forum för gemensamma ställningstaganden i kommunal hälso- och sjukvård mot målet - en god och säker vård på lika villkor samt att det finns patientsäkra processer i länet.

I länet sker samverkan inom palliativ vård genom det palliativa rådet, som ska säkerställa en palliativ vård på lika villkor oavsett bostadsort. Rådet ska också sörja för att den palliativa vården utvecklas i samma takt som övrig hälso- och sjukvård.

Arbeterapeuter från kommunen samt Region Örebro läns sjukgymnaster samverkar kring det gemensamma ansvaret att kommunens invånare erbjuds rehabilitering.

Lokalt samarbete sker med Capio vårdcentral samt Pålsboda vårdcentral.

2.1.6 Informationssäkerhet

Loggkontroller för att upptäcka felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet Procapita samt NPÖ (Nationell patientöversikt) varje månad genom stickprov. Inga avvikelser har inträffat 2022.

Rutiner kring sekretess samt behörigheter finns i kommunen sedan tidigare.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte gjorts enligt rutin under 2022.

2.2 En god säkerhetskultur

Den andra grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur.

Det innebär att störningar och risker uppmärksammas och minimeras, professionellt bemötande av såväl patienter och medarbetare, ett arbetsklimat som är öppet och där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet samt att lärdomar dras av både negativa och positiva händelse.

Grundläggande för verksamheterna är öppen kommunikation i det dagliga arbetet för att identifiera risker och inte leta efter syndabockar. Ett verktyg för att mäta säkerhetskulturen i en verksamhet är "gröna korset". Äldreomsorgen har beslutat att använda verktyget på korttidsenheten under 2023.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

Den tredje 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. Även adekvat språkkunskap är viktigt för patientsäkerheten.

Flera sjuksköterskor har valt att sluta sina tjänster även i år. Hälso- och sjukvårdsenheten har haft svårigheter att rekrytera sjuksköterskor vilket lett till behov av bemanningsföretag. Detta leder till sämre kontinuitet samt att det multiprofessionella teamet inte riktigt ger önskvärt resultat.

Under sommarperioderna har alla sjuksköterskor utgått från samma enhet för att finnas som ett stöd för varandra och fördela arbetsuppgifterna.

Två hemsjukvårdsenheter har undersköterskor med utökad delegering som avlastar sjuksköterskorna med arbetsuppgifter som exempelvis sårvård, läkemedelshantering med mera. Sjuksköterskorna får på så sätt mer tid för patienten.

För att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och delaktighet har en kvalitetsgrupp skapats där både sjuksköterskor och arbetsterapeuter ingår. Uppdraget är att ta fram rutiner, checklistor utifrån lagar, föreskrifter och riktlinjer.

Ivo granskningen menar att den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för uppgiften på vård- och omsorgsboenden samt att den personalen inte behärskar det svenska språket.

Äldreomsorgen och funktionshinderområdet har en tydlig kompetensplan för personalen, där exempelvis SBAR är en del för att kvalitetssäkra kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Egenkontrollen för hur sjuksköterskorna använder SBAR behöver bli bättre.

I kompetensplanen ingår även att ta del av vägledning vid förändrat hälsotillstånd vilket är en del i att kunna göra en bedöma om/när en patient blir försämrad.

Kartläggning visar att 11% av personalen är språksvaga. Det finns ett behov inom äldreomsorgen av att varje chef kontinuerligt följer upp behovet av kompetenskrav både medicinskt och utifrån språk på sin enhet.

Under året har tydliga ombudsroller tex. inom språk, dokumentation och hygien tagits fram med syfte att bidra till följsamhet av riktlinjer och rutiner samt att förmedla och delge kunskap till all personal inom sitt uppdragsområde.

93% av all personal på vård- och omsorgsboende är undersköterskor och 23 undersköterskor kommer att i juni 2023 vara klara med sin specialistutbildning.

Sedan tidigare har hälso- och sjukvårdsverksamheten utökat antal sjuksköterskor på vård och omsorgsboende med tre tjänster och arbetar sedan många år tillbaka dagtid vilket bidrar till ökad kontinuitet.

Hälso- och sjukvårdsenheten har sedan slutet av 2022 delat upp enheten mellan två chefer. En för arbetsterapeuter och en för sjuksköterskorna.

Kontinuerlig fortbildning av omvårdnadspersonal sker av sjuksköterska och arbetsterapeut beroende på patienternas behov.

Förflyttningsutbildning har skett under året.

2.4 Patienten som medskapare

Den fjärde och sista grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård.

Patienterna och deras närstående har möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att delta vid samtal med läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Anhörigträffar hålls två gånger per år inom hemtjänst samt vård- och omsorgsboende. Samverkan med patient och anhörig sker också vid inskrivningssamtal, genomförandeplan samt kartläggningar.

Patient och anhöriga blir informerade om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser. Studiecirklar har hållits i personcentrerad vård för både legitimerade och baspersonal.

Framöver behöver verksamheterna identifiera fler metoder för den personcentrerade vården samt delaktigheten för patienter och anhöriga. Det kan handla om delaktighet i utveckling av processer och arbetssätt samt efterfråga patienters och närståendes bild av risker.

3 Agera för säker vård

Egenkontroller som genomförts för att öka patientsäkerheten.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering	-	
Antal Fall	3 ggr/år	Avvikelser
Antal frakturer	3 ggr/år	Avvikelser
Antal trycksår	3 ggr/år	Avvikelser
Antal personer med undernäring	3 ggr/år	Senior Alert
Antal riskbedömningar munhälsa	3 ggr/år	Senior Alert
Antal utredningar av blårdysfunktion	2 ggr/år	Senior Alert
BHK – basala hygien och klädriktlinjer	1 ggr/år	PPM mätning
Hygienrond	1 ggr/år	Årshjul
Stickprov hygien av hygienombud	3 ggr/år	Årshjul
Antal vårdrelaterade infektioner	3 ggr/år	Avvikelser
HALT – trycksår, VRI, antibiotika	1 ggr/år	PPM mätning
Nattfasta vård- och omsorgsboende	3 ggr/år	Årshjul
Uppföljning avvikelser samt utredning	3 ggr/år	Avvikelser
Mål: God vård vid demenssjukdom	-	
Registreringar i BPSD	1 ggr/år	Register
Mål: God vård vid livet slut	-	
Indikatorer enligt Svenska palliativ registret	3 ggr/år	Register
Mål: sammanhållen vård och omsorg	-	
Beslutsstöd	3 ggr/år	Årshjul
Övriga egenkontroller		

Kontroll av narkotika i förråd samt hos patient	1 ggr/mån	
Kontroll av medicintekniska produkter	1 ggr/år	
Besiktning lyftselar	2 ggr/år	
Besiktning lyftar	1 ggr/år	
Delegeringar	1 ggr/år	Kvalitetsgran
Journalgranskning	1 ggr/år	
Läkemedelsgenomgångar	1 ggr/år	
Kontroll förvaring/städning läkemedelsförråd	1 ggr/mån	

3.1 Resultat och analys

Mål: förebyggande arbetsätt och rehabilitering

Egenkontroll: Fall och frakturer

Identifiering

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. De flesta fallolyckorna sker i personens bostad på plant underlag. Med förebyggande insatser kan många fallolyckor förhindras.

Totalt inrapporterades 1004 fall under året vilket är något färre än föregående år.

Fallen resulterade i 8 frakturer motsvarande 10 frakturer föregående år.

Enligt resultatrapport från Senior Alert har 87 riskbedömningar gjorts i Hallsbergs kommun under 2022. Hälften av dessa är utförda på Kullängen.

Analys

74% av alla riskbedömda patienter har risk för fall. 92% av dessa har en åtgärdsplan för att minska risken för fall och fraktur.

Inom LSS utförs inte riskbedömningar i Senior Alert utan här upptäcks riskerna genom andra kartläggningar. Åtgärder vidtas individuellt med hjälp av arbetsterapeut. Riskbedömningar utförs inte heller på korttidsboendet.

I förebyggande syfte ska verksamheterna arbeta med riskbedömningar och åtgärdsplaner av fall i Senior Alert. Antal riskbedömningar har minskat de senaste åren vilket vi inte har någon analys för varför det ser ut så. Det viktiga blir att multiprofessionella teamet tillsammans med den enskilde utreder och åtgärdar behovet. Risker ska tas upp på teamträffar enligt rutin vilket inte sker på alla områden.

Åtgärder

Nytt för i år är att Sköllergården infört grupp gymnastik en gång/vecka vilket bidrar till ökad rörlighet samt social gemenskap.

Under hösten genomfördes den årliga balansveckan. Då fall och frakturer kan leda till stort lidande kommer äldreomsorgen att ta fram en handlingsplan med

åtgärder för att öka kunskapen och skapa metoder för att minska antal fall och frakturer för 2023.

Egenkontroll: Trycksår

Identifiering

Trycksår är en lokal skada som resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Trycksår kan utvecklas mycket snabbt, på bara några timmar och orsaka stort lidande. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har flera trycksår.

Ett trycksår har rapporterats i avvikelssystemet, men enligt PPM mätning hade äldreomsorgen 7 st trycksår.

Enligt resultatrapport från Senior Alert har 87 riskbedömningar gjorts i Hallsbergs kommun under 2022. Hälften av dessa är utförda på Kullängen.

35% av alla riskbedömda patienter har risk för trycksår. 100 % av dessa har en åtgärdsplan för att minska risken.

Analys

Trycksår skrivs inte alltid som en avvikelse. Det råder ingen skillnad i antal personer med trycksår mellan hemtjänsten och vård och omsorgsboende. Vikten av att upptäcka rodnader och orsaker till att trycksår uppkommer är en viktig kompetens. Ibland har trycksåren uppstått när patienten varit ineliggande på sjukhus.

Åtgärd

Som ett led i detta förbättringsarbete har två sårvårdssjuksköterskor utsetts i kommunen för att utbildas i samverkan med Regionens sårvårdssjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor ska finnas som stöd för övriga sjuksköterskor i kommunen och kommer att stärka vården för att minska sår.

Riskbedömningar görs i Senior Alert i alla verksamheter förutom korttidsvården och gruppboende LSS. Förebyggande åtgärder tas fram. Samtliga av dessa patienter har pågående ordinationer för trycksår i form av bland annat tryckavlastande åtgärder. Dock behöver fler unika personer riskbedömas.

Egenkontroll: Undernäring/nattfasta

Identifiering

Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt.

Länsgemensam process är framtagen gällande nutrition. Registrering av undernäring sker i Senior Alert vilket också är ett steg i processen för att identifiera undernäring. Rutin finns sedan tidigare för registrering av nattfasta på vård- och omsorgsboenden. Nattfastan ska inte överskrida 11 timmar.

Enligt resultatrapport från Senior Alert har 87 riskbedömningar gjorts i Hallsbergs kommun under 2022. Hälften av dessa är utförda på Kullängen.

67 % av alla riskbedömda patienter har risk för undernäring. 96 % av dessa har en åtgärdsplan för att minska risken att bli undernärd.

Analys:

Senior Alert signalerar att den finns en risk för undernäring pga diagnos vilket betyder inte att det är så i verkligheten. Varje individ behöver riskbedömas utifrån sin egen situation vilket betyder att personer som har undernäring minskar.

Åtgärd

Delar av personalen från vård och omsorgsboende har genomgått en webbaserad utbildning från Foodix gällande ex. kostråd, måltiden, värdskap samt nattfasta. Arbete pågår inom området för att bryta nattfastan.

Framöver behöver ett arbete göras gällande hela nutritionsprocessen där registrering i Senior Alert är starten till att identifiera undernäring. Kompetensen kring den basala nutritionsvården behöver öka.

Egenkontroll: munhälsobedömning

Identifiering

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. I takt med att fler blir allt äldre och behöver hjälp och stöd med sin dagliga omvårdnad, ökar även behovet av munvård och en tillfredsställande munhälsa.

Analys

Enligt resultatrapport från Senior Alert har 87 riskbedömningar gjorts i Hallsbergs kommun under 2022. Hälften av dessa är utförda på Kullängen.

43 % av alla riskbedömda patienter har risk för dålig munhälsa. 86 % av dessa har en åtgärdsplan för att minska risken.

Åtgärd

Vid avvikelser kontaktas tandvården. Kompetens samt förståelsen av mun och munhälsa som en del av kroppen behöver öka.

Egenkontroll: antal utredningar blåsdysfunktion

Identifiering

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.

Analys

Enligt slutrapport från Senior Alert har en riskbedömning gjorts av blåsdysfunktion. Ingen åtgärdsplan är upprättad.

Åtgärd

Flera sjuksköterskor har fått kompetenshöjning för utredning av blåsdysfunktion i samband med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel.

Utbildningen är ett krav för att få förskriva inkontinenshjälpmedel i kommunen. Fler unika patienter behöver riskbedömas gällande blåsdysfunktion. Kartläggning samt journalgranskning behöver genomföras för att säkra upp processen gällande förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Felaktiga förskrivningar riskerar sämre livskvalitet för patienten samt onödigt höga kostnader för kommunen.

Egenkontroll: Hygienrond/ stickprovskontroller/vårdrelaterade infektioner/utbildning hygien

Identifiering

Rutin finns sedan tidigare för det vårdhygieniska arbetet i vård och omsorg för att minska vårdrelaterade infektioner.

Ingen resultatredovisning finns gällande årliga hygienronder, stickprovskontroller eller genomgång av Socialstyrelsens utbildning gällande basala hygien och klädriktlinjer.

Däremot har alla verksamheter inom äldreomsorg och gruppboenden LSS deltagit i den årliga punktprevalensmätningen (PPM) gällande mätning av basala hygien och klädriktlinjer (BHK).

Vi har flertal personer med UVI (urinvägsinfektioner), och detta har börjat rapporterats i avvikelssystemet.

Analys

Andelen av korrekt följsamhet till basala hygien och klädriktlinjer har ökat något från förra mätningen. Tex. har andel med korrekt användning av handskar ökat från 71,5 % till 74,6 %. Det personalen oftast brister är handhygien före omvårdnad. Denna har dock ökat med nästan 9 % från föregående år. Resultatet för flera parametrar är 100 %, exempelvis arbetsdräkt, klockor och ringar och hår och naglar.

Se resultat av PPM mätning BHK nedan.

Åtgärd.

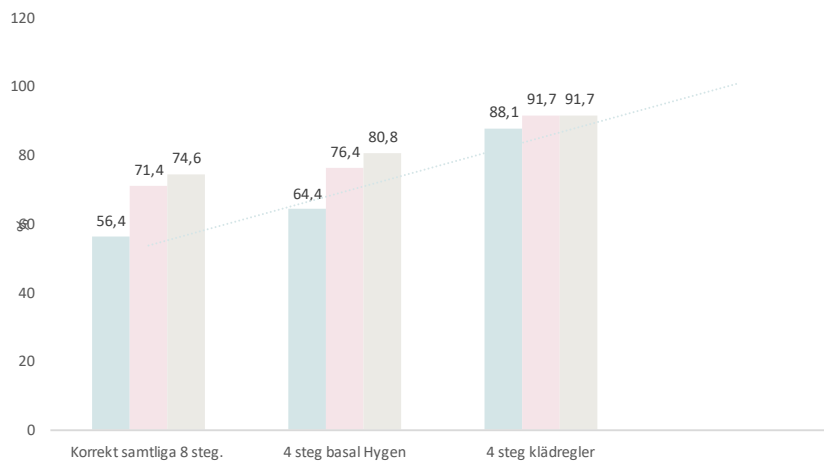
Åtgärder för att förbättra de brister som framkommer från mätningen är att vård och omsorgsboende placerat handsprit på mer tillgängliga platser. Inom hemtjänsten har verksamheterna köpt in ryggsäckar för att öka tillgängligheten för ex handsprit.

Hygienrund inom verksamheten för förebyggande arbete har genomförts under våren. Nya arbetskläder har köpts in till alla tre dagverksamheter och förvaring av dessa har setts över.

Under 2023 ska vård och omsorgboenden medverka PPM mätning HALT för att mäta vårdrelaterade infektioner.

Planering för årlig Vårdhygienisk egenkontroll enligt rutin behöver finnas i ordinärt och särskilt boende SOL/LSS.

PPM mätning basala hygien - och klädriktlinjer



2023-02-01

Resultat PPM mätning basala- hygien- och klädriktlinjer 2020-2022

Mål: God vård vid demenssjukdom

Egenkontroll: Registreringar i BPSD

Identifiering

Demensvårdsutvecklare finns i Hallsbergs kommun som arbetar för att erbjuda en god personcentrerad vård och omsorg till personer med demenssjukdom genom att höja kompetensen för alla yrkesgrupper som möter personer med demens. Under 2022 har en arbetsgång för strukturerat arbete med BPSD-registret tagits fram. Kommunen har också valt att satsa på konceptet med Stjärnmärkt demensvård (en utbildning från svenskt demenscentrum) vilket ger grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat, något som har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Analys

18 registreringar har gjorts i BPSD registret under året. Finns ett stort behov av stöd i verksamheterna med BPSD.

Åtgärd

Administrationsträffar för BPSD registrering har anordnats för undersköterskor, enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt personal från dagverksamheten. Planering framåt är att hålla en admiratörsträff per termin. Handledning av personalgrupper samt observationer på boenden har genomförts utifrån behovet av stöd kring BPSD.

Demensvårdsutvecklare har under 2022 utbildats till stjärnmärktinstruktör och har sin tur utbildat personal på dagverksamheterna och korttidsboendet Regnbågen. Tydlig planering är framtagen för att utbilda all personal inom vård och omsorg.

Korta filmer framtagna för alla demensboenden, dagverksamhet och korttidsboendet som passa personer med demenssjukdom. Detta är en aktivitet som väcker minnen och ger en trevlig stund.

Mål: God vård vid livet slut

Egenkontroll: Förbättra god vård vid livets slut

Identifiering

24 registreringar har gjorts i palliativa registret under 2022 vilket är färre än föregående år. Önskemålet är att alla dödsfall ska registreras.

Analys

Fler registreringar i Palliativa registret behöver göras för att kunna följa indikatorerna. Patienter i livets slutskede saknar ibland förmågan att delta vid ett brytpunktssamtal, men närstående ska alltid få möjligheten att delta. Resultaten dokumenterad munhälsobedömning samt smärtskattning sista levnadsveckan har försämrats sedan föregående år vilket indikerar att rutiner inte är kända hos sjuksköterskor.

När IVO gjorde sin granskning gällande vård och behandling på särskilda boenden konstaterade brister i att brytpunktssamtalen inte finns dokumenterat i patientens journal. Likaså saknas vårdplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen gällande vård och behandling i livets slutskede och dessa delas inte med den personal som vårdar patienten. Detta betyder inte att patienter och anhöriga inte blir erbjudna brytpunktssamtal eller att patienter inte har någon planering för vård i livets slutskede. Det indikerar bara att dessa uppgifter dokumenteras på ett annat sätt.

Handbok för palliativvård med bilagor och verktyg togs fram under 2020 som ett stöd för att säkerställa en god palliativvård.

Kompetensutveckling i palliativ vård har inte följts upp under året.

Åtgärd

Kompetensutveckling finns som en webbutbildning för personal.
Specialistundersköterska i palliativvård finns att tillgå i kommunen.

Brytpunktssamtal ska genomföras i samverkan med läkare från vårdcentral och dokumenteras i patientjournal.

Vårdplan för vård och behandling i livets slutskede ska upprättas och delas med den personal som sköter patienten.

Hälso- och sjukvårds dokumentationen ses över under 2023 gällande dokumentation av brytpunktssamtal samt upprättande av vårdplaner.

Alla dödsfall ska registreras i Svenska palliativ registret.

Resultat svenska Palliativregistret 2019-2022

Kvalitetsindikatorer palliativa registret	2019	2020	2021	2022	Målvärde Socialstyrelsen
Dokumenterat brytpunktssamtal	76,5%	89,9%	70,3%	75%	98%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	100%	100%	100%	100%	98%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	97,1%	100%	100%	100%	98%
Smärtskatta sista levnadsveckan	20,6%	36,7%	64,9%	16,7%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,1%	13,3%	37,8%	25%	90%
Utan trycksår (grad 2-4)	91,2%	86,7%	91,9%	100%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	94,1%	96,7%	91,9%	95,8%	90%

Mål: sammanhållen vård och omsorg

Egenkontroll: Genomföra beslutsstöd

Identifiering

Beslutsstöd används för bedömning och ställningstagande till vårdnivå men inte till 100%. I de fall beslutsstöd används har patient skickats till sjukhus. Enligt sjuksköterskorna är det inte så ofta beslutstöd behöver användas.

SBAR tas upp på arbetsplatsträffar, teamträffar och SBAR- kort delas ut till personal. Vikarier och nyanställda får information kring SBAR.

Analys

Hallsbergs kommun har en instruktör/sjuksköterskor i beslutsstöd och SBAR. Instruktörerna ska utbilda kommunens sjuksköterskor en gång/år. Detta har inte blivit utfört på grund av hög arbetsbelastning 2022.

SBAR används, men inte fullt ut. Strukturerade kommunikationen behöver förbättras mellan personal för att patientens vård ska bli säkrare.

Till målet för sammanhållen vård och omsorg hör också att NPÖ, nationell patientöversikt används av sjuksköterskor för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar vilket det görs.

ViSam modell ska används vid utskrivning från sjukhus och vid SIP (samordnad individuell planering).

Enligt uppföljning av samverkansledare för region och kommun för södra länsdelen utförs inte samordnade individuella planeringarna (SIP) för patient vid utskrivning enligt rutin. Detta medför otydliga mål och planering för patient vilket riskerar återinläggning på sjukhus.

Åtgärd

SIP utbildning är planerat för verksamheterna 2022. Metodhandledare i kommunen finns som stöd till verksamheterna. Sjuksköterska i kliniskbedömning och beslutsstöd finns i kommunen.

Rutin för SBAR kommer att implementeras i alla verksamheter under 2023.

Större fokus kommer att läggas under 2023 på att SIP genomförs.

Övriga egenkontroller

*Läkemedelshantering/delegering/narkotika
kontroll/läkemedelsgenomgångar/förvaring/städning*

Identifiering

Hantering av läkemedel är ett av de mest författningsreglerade områdena inom hälso- och sjukvården. Läkemedelsprocessen är komplex vilket ökar risken för avvikelser som tex. läkemedel på fel tid eller fel läkemedel. Totalt rapporterades 538 läkemedelsavvikelser 2022 vilket är färre än 2021.

Analys

Avvikelser i läkemedelshantering är den mest förekommande avvikelsen inom vård och omsorg. Korttidsavdelning samt ett hemtjänstområde står för dom flesta avvikelserna. De flesta avvikelserna handlar om att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination.

En djupare utredning har genomförts och olika orsaker kunde identifieras. Bland annat handlar det om otydliga rutiner samt hur aktiviteter skickas från planeringsenheten till vårdpersonal.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner är utfört under 2022 i alla verksamheter som hanterar läkemedel.

Alla verksamheter saknade signaturförtydligande år 2021 vilket är åtgärdat under 2022. Även städning, temperaturkontroller, hållbarhet samt kassering av läkemedel i läkemedelsförråd är åtgärdat.

Uppföljning av delegeringsrutinen utfördes också under granskningen 2022 med chefer, sjuksköterskor samt omvårdnadspersonal. Alla vet att rutinen finns, men följs inte alltid på alla områden fullt ut.

Samtliga verksamheter som granskades har tidsplan med förbättringsförslag.

Åtgärd

För att minska risken för fel är målsättningen att så många läkemedel som möjligt är färdigdelade i dospåsar från apoteket. Detta är en samverkansfråga med vårdcentralens läkare.

För att minska risken för avvikelser kommer vi också att jobba för en digital signering för ökad patientsäkerheten.

Arbete med avvikelser har skett kontinuerligt på verksamhetsträffar och arbetsplatsträffar. 82 utredningar gjorts under året.

Narkotikakontroll

Identifiering

avvikelser har registrerats under året gällande narkotikakontroll hos patient samt i akut- och buffertförråd.

Analys

Efterforskning görs alltid och vid de flesta fall finns en naturlig förklaring till att narkotika fattas.

Narkotikakontrollerna sker inte alltid en ggr/månaden enligt rutin vilket beror på tidsbrist hos sjuksköterskor.

Åtgärd

Fortsatt kontroll av narkotika en ggr/månaden både i akut- och buffertförråd samt hos patient.

Egenkontroll: Läkemedelsgenomgångar

Identifiering

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. IVO har under sin granskning identifierat brister i strukturerad dokumentation i kommunens journalföring gällande läkemedelsgenomgångar.

Analys

Det framgår av uppföljning att läkemedelsgenomgångar utförs, men inte i den omfattning som beskrivs enligt rutin. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är beroende av kontinuitet avseende både läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation. Läkarmedverkan gällande läkemedelsgenomgångar har brustit under året.

Åtgärder

Åtgärder är vidtagna under året i samverkan med vårdcentral genom bättre struktur och tydliga planer för årskontroller av patient. Under 2023 kommer vårdcentralernas läkemedelsgenomgångar mot hemsjukvården att följas upp av Hälso Val. Dokumentationen gällande läkemedelsgenomgångar behöver ses över för att lättare följa upp aktiviteten.

Egenkontroll: Medicintekniska produkter

Identifiering

89 avvikelser gällande medicintekniska produkter har rapporterats under året. Detta är en ökning från föregående år. Det rör sig om individuellt förskrivna hjälpmedel, omvårdnadshjälpmedel och behandlingshjälpmedel. De flesta avvikelserna är inrapporterade från hemtjänst Väster och vård och omsorgsboende Sköllergården.

Lyftselar ska kontrolleras på alla boenden och områden enligt rutin av arbetsterapeut. Detta är inte utfört på alla områden.

Lyftar ska besiktigas av hjälpmedelstekniker varje år. Detta är utfört på alla vård och omsorgsboenden, men inte i ordinärt boende.

Uppföljning visar att kommunens omvårdnadshjälpmedel inte registreras i hjälpmedelsmodul för spårning och kontroll enligt riktlinje.

Analys

Ökningen av avvikelser står för att personalen rapporterar fler avvikelser i systemet. Orsaken till avvikelserna är framför allt brister i uppmärksamhet och bristande rutiner. Detta har bland annat lett till bilder och instruktioner för personal vid användning av medicintekniska produkter. Dessa lärdomar delas med övriga områden och verksamheter.

Lyftselar är inte kontrollerade på alla områden på grund av nyanställda arbetsterapeuter som inte känner till rutinerna.

Lyftar i ordinärt boende kontrolleras endast när de lämnas tillbaka vilket kan innebära att lyften i vissa fall inte kontrolleras på flera år.

Åtgärd

Riktlinje gällande hantering av medicintekniska produkter finns sedan tidigare.

Kriterier för förskrivning av omvårdnadshjälpmedel är framtagen under 2022.

Riktlinjer behöver implementeras hos legitimerade under nästkommande år och lokala rutiner samt checklistor ska skrivas för hantering medicintekniska produkter i Hallsbergs kommun.

Egenkontroll: Journalgranskning

Identifiering

Journalgranskning är inte genomförd under 2022

Analys

Har inte funnits tydliga rutiner för ansvar samt genomförande av journalgranskning.

Åtgärd

Tydliga riktlinjer samt rutiner är framtagna under 2022 för hälso- och sjukvården journalföring samt journalgranskning. Journalgranskning är planerad till hösten 2023.

3.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Enhetschef tar regelbundet del av, riskbedömer, utreder och följer upp avvikande händelser som rapporteras av personal i avvikelsemodul. Detta görs såväl på individ- som verksamhetsnivå. Riskområden som identifieras är framför allt läkemedelshantering samt fall. Det sker också ett antal avvikelser gällande rehabilitering/träningar vilket beror på avsaknad av uppföljning, otydliga ordinationer och brister i kommunikation mellan teammedlemmar. Det saknas också kompetens för att utföra ordinationer gällande rehabilitering/träning. Tidsbrist och prioriteringar är andra orsaker. Detta har blivit bättre sedan regionens fysioterapeut är mer delaktig i de individuella planerna än tidigare. Rehabilitering/Träning är viktigt för att behålla självständighet.

Under 2022 ses även en ökning av avvikelser gällande medicintekniska produkter. Vi ser goda exempel på hur enhetschefer för verksamheten identifierar och analyserar avvikelser tillsammans med personal för att finna bakomliggande orsaker till händelser. Detta minskar risken att den negativa händelsen inträffar igen och för lärdom och spridning av erfarenheter i verksamheterna.

Utredningar utgår från systemsyn - samspel mellan människa-teknik- organisation och inte utifrån att leta efter syndabockar. Ett samspel mellan dessa tre faktorer är ofta orsaken till att avvikelser inträffar. Här behövs ett kontinuerligt lärande för att komma in i arbetssättet.

Lex Maria

En avvikelse har lett till Lex Maria anmälan och skickats till IVO (inspektionen för vård och omsorg).

Händelse handlade om förväxling av läkemedel till patient som orsakade hjärtstopp. Utredning är gjord och patienten har kommit till tals.

Åtgärder är vidtagna bland annat i form av förtydligande av läkemedelsrutiner gällande vikten av riskbedömning vid läkemedelsövertagande samt kontroll av handlingar.

Samverkan med regionens sektion för avancerad sjukvård i hemmet gällande förvaring av läkemedel i patientens hem samt säkrare arbetsätt gällande läkemedel för våra gemensamma patienter.

IVO inspektionen för vård och omsorg har avslutat ärendet och bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda, anmäla händelser samt vidta åtgärder för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

3.3 Tillförlitliga och säkra system

Relevanta områden att arbeta med för hälso- och sjukvårdens organisation är många och ett ständigt arbete pågår för att identifierade områden som en del av verksamhetsutvecklingen och på så vis stärka patientsäkerheten.

Identifierade områden under 2022 är att arbeta med samverkan med primärvården gällande omställning till nära vård samt bättre strukturer för läkarmedverkan. Läkemedelsgenomgångar, säker delegering, strukturerad dokumentation och vårdplaner, palliativvård, intern kommunikation samt säkerställd kompetens är områden som behöver ses över med tillförlitliga processer.

Omsättningen av sjuksköterskor har även detta år varit ett aktuellt område vilket behöver ses över tex. gällande introduktion av nyanställda sjuksköterskor.

3.4 Säker vård här och nu

Hälsa – och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människa, teknik och organisation. Förutsättningar för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Kartläggning har gjorts av både äldreomsorgen samt funktionshinderområdet av situationsanpassningar av betydelse för patientsäkerheten med tillhörande åtgärdsplan. Områden som har identifierats är bland annat bemanningsbrist vid sjukdom, variation av diagnos hos patienter som kräver olika kompetens hos personal och sommarplanering.

3.4.1 Riskhantering

Alla avvikelser som rapporteras riskbedöms av enhetschef. Konsekvensbedömning genomförs med hjälp av fastställd matris utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning.

Risk och konsekvensanalyser utförs när verksamheter identifierar problem och risker som kan uppstå, och som kan ha negativ inverkan på patientsäkerheten eller arbetsmiljön.

3.5 Stärka analys och lärande

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvård.

Avvikelser

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta görs i verksamhetens avvikelsemodul eller direkt till chef. Personalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse samt redogöra för händelsen.

Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/verksamhetschef och därefter görs eventuell Lex Maria eller Lex Sarah anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg - IVO. Medicinskt ansvarig gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

Analys av varje enskild avvikelse har blivit bättre och även följsamheten till att skriva avvikelser har förbättrats. Flera av verksamheterna blir bättre på att analysera sina resultat med medarbetarna. Målet är att minska antal vårdskador (trycksår, frakturer, infektioner etc) då vi vet att äldre personer är mindre rustade för att klara av dessa skador.

Det systematiska arbetet tar tid att komma in i och här har verksamhetschef ett stort ansvar att vara drivande.

En översyn av rutinen för teamlednings och teamträffar, samt ett förtydligande av uppdraget för det multiprofessionella teamet kommer att ses över.

Äldreomsorgen har tagit fram en tydligare plan för uppföljning av kvalitet som förhoppningsvis ska ge bättre förutsättningar att följa upp kvalitet på varje enhet.

Nedan redovisas inkomna avvikelser samt antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp. Under "Resultat och analys" redovisas fall, läkemedel, medicintekniska produkter, trycksår samt narkotikakontroll.

Avvikelser	2020	2021	2022
Fall	952	1044	1004
Frakturer	10	10	8
Läkemedel	527	609	451
Medicintekniska produkter	28	21	89
Specifik omvårdnad/rehabilitering	29	17	39
Dokumentation	202	210	22
Narkotika kontroll	12	16	3
Trycksår	7	4	1
Vårdkedjan	28	25	45
Vårdrelaterade infektioner	-	-	10

Avvikelser i vårdkedjan

Under 2022 har 46 avvikelser i vårdkedjan mellan region och kommun rapporterats vilket är nästa dubbelt så många än föregående år.

31 avvikelserna är skrivna från Hallsbergs kommun till Regionens slutenvård (universitetssjukhuset) samt primärvård (Hallsbergs vårdcentral samt Pålsboda vårdcentral). Dessa handlar om brister i samverkan gällande läkemedel, utskrivning från slutenvård, palliativvård, läkarmedverkan samt rehabilitering. Flertalet avvikelser har handlat om läkarmedverkan från Hallsbergs vårdcentral. Dialogmöten har hållit på ledningsnivå under hela året. From december har Capiro tagit över driften av vårdcentralen med fler anställda läkare. Tiden för läkarmedverkan har ökat vilket skapar bättre kontinuitet och kvalitet.

14 avvikelser i vårdkedjan har skickats från Regionen till Hallsbergs kommun. Avvikelserna handlar framför allt om rutiner gällande palliativvård, brister i sårvård, beställning av ambulanstransporter, samt följsamhet till rehabiliterande

åtgärder från sjukgymnast. Avvikelseerna är besvarade samt åtgärder vidtagna såsom genomgång av palliativa rutiner, skärpt kommunikation mellan baspersonal och legitimerade gällande sårvård.

Planering finns för att övergripande analysera avvikelser i samverkan med vårdcentralerna i Hallsberg. Ett liknande arbete pågår länsövergripande med Regionen.

3.6 Öka riskmedvetenheten och beredskapen

Hallsbergs kommun har valt att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet med hjälp av SKR verktygen för analys av stärkt patientsäkerhet.

En hel del arbete är redan i gång, men vissa områden behöver utvecklas mer. Vi har under 2022 skrivit en handlingsplan utifrån analysen. En kartläggning är genomförd gällande situationsanpassningar. Vidare ser vi ett utvecklingsområde i att granska och kontrollera patientsäkerheten utifrån laglista för hälso- och sjukvård. Vi behöver stärka analys, lärande och utveckling genom att cheferna är förbättringsledare. Till detta behövs ett kontinuerligt lärande som behöver få växa fram med tiden.

Vi ser också ett behov av att öka riskmedvetenhet och beredskapen för att hantera risker på lång och kort sikt. Chefer och medarbetare behöver stöd och kunskap för detta. Konsekvensanalys ska göras på alla nivåer och utifrån både utifrån arbetsmiljö och kvalitet.

Handlingsplan är framtagen under 2022 för detta arbete.

4 Mål, strategier och utmaningar för 2023

- I omställningen till Nära vård, utveckla och förtydliga patientsäkerhetsarbetet i linje med Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet genom personcentrerad vård, förebyggande arbete, samt utveckling av det multiprofessionella teamarbetet.
- **Öka kunskap om inträffade vårdskador**
Förbättringskunskap till chefer för att öka kunskapen om bakomliggande orsaker till att avvikelser sker.
- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
Fortsatt Identifiera hälso- och sjukvårdens viktigaste processer och leda arbetet utifrån dessa.
Implementering av riktlinjer och rutiner gällande säker dokumentation och medicintekniska produkter.
Ökat samarbetet med Pålsboda vårdcentral och Capio vårdcentral Hallsberg

- **Säker vård här och nu**

Arbeta vidare med kvalitets- och ledningssystem för att säkra kvalitet samt planera, leda och utveckla hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Introduktionsplan för legitimerad personal

Införa vårdplaner

Dokumentera brytpunktssamtal

Utföra och dokumentera läkemedelsgenomgångar

Säkra upp kommunikation mellan personal genom SBAR.

Införa språkombud

Införa dokumentationsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut

- **Stärka analys lärande och utveckling**

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring.

Att team registrerar, tar fram och analyserar data på en övergripande nivå från avvikelssystemet, kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativ registret) och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.

Följa upp personalens kompetens och språk

Följa upp kontinuitet

- **Öka riskmedvetenheten och beredskapen**

Fortsätta att göra riskanalyser utifrån identifierade områden för både patientsäkerhet och arbetsmiljö.