

Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

2022



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
Uppföljning genom egenkontroll.....	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Riskanalys.....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Klagomål och synpunkter	19
Sammanställning och analys	20
Samverkan med patienter och närstående	22
Resultat.....	23
Övergripande mål och strategier från föregående år	31
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	32



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Patientsäkerhetsarbetet har även under 2022 präglats av Corona-pandemin. Arbetet har fokuserat på att minska risken för spridning av Covid-19 med en mängd olika åtgärder.

- Månadsvis avstämning med smittskydd och vårdhygien
- Månadsvis avstämning med MAS-nätverket
- Veckovis avstämning med Vårdsamverkan Fyrbodol
- Hygienombudsmöten har genomförts digitalt 2-3 gånger/ halvår beroende på hur smittläget sett ut.
- Avstämningsmöten med uppdaterad lägesbild för enhetschefer har genomförts med olika intervall för att stämma av smittläget, personalomsättning.

Digitalisering och utbildningsinsatser

Digitala möten har ökat på flera områden, exempel på digitala möten är våra teamträffar, till viss del Arbetsplatsträffar, möjlighet att koppla upp sig digitalt har även funnits på MAS/ MAR- möten och till viss del rond.

Digital sårvård via avtalsleverantör Onemed har implementerats under Q4, där utbildning, support och hjälp med omläggingsmaterial ges av företaget vid varje omläggning. Möjlighet till digitala nätverksträffar med kollegor och sårexperter genomförs 1 gång/ månad för att kvalitets höja kunskapen kring omläggning av sår.

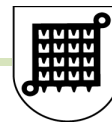
Digital delegation i verksamhetssystemet APPA har införts, detta innebär att medarbetaren som mottar sin delegation signerar digitalt och handlingen lagras i verksamhetssystemet.

Dokumentation

2020 implementerades nytt verksamhetssystem Life Care, detta har breddinförts under 2021 och 2022. Utvecklingen i arbetet med systemet kommer även fortlöpa under kommande år.

Läkemedelshantering

2022 genomfördes kvalitetsgranskning av farmaceut utifrån vårt avtal med Apoteket AB. Kvalitetsgranskningen visade vissa förbättringsområden där respektive sjuksköterska/ område har fått arbeta med förslag på åtgärder. Detta arbete kommer även fortgå under Q1 2023 med anledning av den omstrukturering som görs i sektor omsorg gällande äldreomsorgen.



Vårdhygien västra götalandregionen- Vårdhygien har kallat till två olika utbildningar för samtliga hygienombud och chefer under 2022. Utbildningarna har riktat sig mot covid-19 men även andra smittsamma sjukdomar som vi behöver arbeta preventivt med för att minska risken för vårdrelaterade infektioner.

Utbildning för nya hygienombud- Vårdhygien har under Q3 och Q4 bjudit in ny personal som skall arbeta som hygienombud i kommunal vård och omsorg till utbildning. Utbildningen skedde digitalt var av sista träffen va fysik. Sammanlagt var utbildningen på 5 tillfällen och 4 nya hygienombud utbildades.

Behandlingsriktlinjer utifrån samverkande sjukvård- Samtlig ny personal som anställs som legitimerad personal inom kommunal hemsjukvård erbjuds utbildning av behandlingsriktlinjer. Utbildningen sker fyra gånger per år. Samtlig personal som anstälts före Q4 har gått utbildningen, resterande planeras att få gå under Q1 2023.

HLR instruktörs utbildning-

Under Q4 utbildades 12 personal inom sektor omsorg till instruktörer för utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR). Under 2023 kommer implementering av nytt arbetsätt med upprättande av återkommande årshjul bredd införas sås samtliga inom sektorn får en uppdaterad utbildning.

Utbildning till specialistundersköterska i palliativ vård- En undersköterska har via yrkeshögskolan i Vänersborg påbörjat studier till specialistundersköterska i palliativ vård. Utbildningen fortlöper under Q1 och Q2 2023.

Utbildning allmän sjuksköterska- En undersköterska som läst 5 av 6 terminer på sjuksköterskeprogrammet på Högskolanväst upptog sina studier under Q4, Studierna kommer pågå under Q1 och Q2 då c-uppsats skall skrivas, därefter konverteras tjänsten över från undersköterska till en sjukskötersketjänst, efter att yrkes legitimation inkommit.

Delegeringsutbildningar för läkemedel och övriga Hälso- och sjukvårdsinsatser- Har genomförts för så väll fast personal som timvikarier. Utbildningen består av två delar var av den ena innefattar utbildning och skriftligt test och den andra delen praktiskt genomförande av den delegerade insatsen tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

inkontinenombud- Utbildning till inkontinensombud gällande förskrivning, utprovning av inkontinensmaterial och inkontinensutredning genomfördes under Q4. Uppföljning och vidare arbete sker under 2023.

Utbildning i socialdokumentation- Utbildning har genomförts via vuxenskolan i Färgelanda tillsammans med Färgelanda kommun för att ge undersköterskor en uppdaterad utbildning i Social dokumentation. Utbildningen startade Q3 och pågick även under Q4. Utbildningen kommer fortlöpa under 2023 tills dess att samtliga fått utbildningen genomförd.

Utbildning i diabetes- Samtlig personal inom äldreomsorgen blev via enhetschefer erbjudna digital utbildning kring hur man hanterar patienter med högt blodsocker.

Utbildning och information kring omstrukturering för god och nära vård- Samtliga inom ledningsgruppen har vid flera tillfällen under året fått information om processen kring omställning av god och nära vård via Fyrbodals utvecklingsledare Lidija Beljic. Detta arbetet fortsätter att pågå även under nästkommande år. '

Enhetschefens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete - Utbildning för samtliga i ledningsgrupp anställda innan Q2 2022. Utbildningen fokuserade på att leda sin enhet systematiskt med hjälp av kvalitets och patientsäkerhetstänk.

SKR:S Forskningsfrukostar- Första fredagen varje månad bjuder Nära vård SKR in till en digital frukostföreläsning om aktuell forskning inom Nära vård-området, följt av en kort reflektions- och frågestund. Samtliga sjuksköterskor som varit i tjänst har medverkat.





Övergripande mål och strategier

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med omställningen till god och nära vård. Där personcentrerat arbetssätt ligger i fokus. Samt att arbeta preventivt för att förebygga.

Fokusområden är:

- **SIP**, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen.

- **Mobil närsjukvård**, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- **Palliativa teamet**- Vården utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativt omhändertagande. Palliativa enheten i NU-sjukvården innefattar en vårdavdelning och ett mobilt arbetsteam som gör hembesök i kommunerna.

- **Kunskapsbaserad vård** -Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet. De kvalitetsregister som används lägger grunden för att kunna arbeta förebyggande och upptäcka eventuella risker.

- **God och säker läkemedelsbehandling** -Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska om möjligt undvikas. Detta arbete bedrivs tillsammans med patientansvarigläkare som har huvudansvaret för att rätt läkemedel ordineras.

Digitala signeringslistor breddinfördes 2019 och används av samtlig personal som har en delegation.

Loggbara läkemedelsskåp finns på:

Håvestensgården

Gläntan

Lillågården

Under Q4 2022 köptes nya loggbara skåp in för att kunna monteras på enhet Rosen under Q1 2023.

Trygg och säker vårdövergång -Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta sker idag via rapporteringssystem Samsa där samtliga parter som är involverade i patienten efter samtycke har tillgång att tadel av information.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- Den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- Det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- Rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- Rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- Behovet av läkarkontakt tillgodoses
- Att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- Rutiner finns för säker läkemedelshantering
- Anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- Kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- Se de olika processerna i verksamheten
- Att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- Jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- Medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien västra Götalands regionen - hygienköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- Utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- Erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- Skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten



- Erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård

Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analyserar och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskydds-enheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Ledningen för äldreomsorgen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via regelbundna avstämningar på verksamhetsmöten. Frågor som kräver involvering av verksamhetschef för hälso- och sjukvården eller Socialchef lyfts vidare till ledningsgruppsmöte där beslut om eventuell förändring fattas.

Smittskydds-enheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar regelbundet 1 gång/ månad för mas-nätverket. Informationen tas sedan med till kommunens ledning där information ges till respektive enhetschef som sedan ansvarar för att föra informationen vidare ut i verksamheterna.

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning, samt vid arbete med avvikelser. Avvikelse där risk för vårdskada föreligger eller där vårdskada har inträffats utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska som sammansätter en arbetsgrupp med berörda personer. Efter utredning skickas avvikelser till IVO och nämnden informeras om utredning, konsekvenser samt insatta åtgärder på lång och kort sikt.

Trycksår, fall, undernäring och blåsdysfunktion följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. Detta genomförs av patientansvarig sjuksköterska tillsammans med den undersköterska som är kontakt för respektive patient. Skattningarna görs 1 gång/ halvår eller vid förändrat hälsotillstånd som kräver att ny skattning görs.

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom- Skattningarna görs på samtliga patienter som har fått en demenssjukdom och har en vårdkontakt med kommunen. Antingen i ordinärt boende via hemtjänsten, eller via inflyttning på särskilt boende. Skattningen genomförs 1 gång/ halvår eller vid förändrat beteende. Syftet med skattningen är att kvalitetssäkra vården för personer med kognitiv sjukdom och att öka deras välbefinnande och livskvalité, genom att minska Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Utvärdering sker via:



Verksamhetsutvecklingsmöten äldreomsorgen: där socialchef/verksamhetschef, enhetschef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska medverkar.

Ledningsgruppsmöten sektor omsorg: Där deltar socialchef/verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, IFO-chef, LSS/ socialpsykiatri- chef , enhetschef för respektive område inom äldreomsorgen, samt ekonom.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs årligen för Nämnd, Ledningsgrupp och personal som arbetar inom hälso-och sjukvård.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Journalgranskning av samtlig personal som dokumenterar enligt SOL eller HSL.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) utifrån

fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av interna avvikelser på enhetsnivå med hjälp av Lifecare.

Månadsvis uppföljning av externa avvikelser på enhetsnivå med hjälp av medcontrol.

Nationell punktprevalensmätning av trycksårsfrekvens enligt Senior Alert.

Registrering av avlidna i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Riskbedömning av patienter med kognitivnedsättning med hjälp av BPSD-(Beteende mässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, nationellt kvalitets register)

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av VG-Regionen.



Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen av patientbundna läkemedel. Utförs av leg. farmaceut

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner utifrån Sveriges kommuner och regioners checklista.

Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar

Loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll i NPÖ (nationell patientöversikt)

Loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Lifecare. Loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Lifecare.



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. Tex nya arbetsätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- All leg. Personal arbetar med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder)
- All leg. personal arbetar med IFC-kodning (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheterna har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta bredvid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två mobila liftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lift är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Utifrån att 2021 resultat på nattfastan var utan anmärkning uteblev mätningen under 2022 för att åter följas upp 2023.

Palliativ vård

- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.



- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. farmaceut.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som utför delegerade insatser.
- Loggbara läkemedelsskåp finns på samtliga särskilda boenden, förutom avdelningen Rosen på Solgården. Dessa skåp köptes in under Q4 och kommer monteras upp under Q1 2023.
- Digital signering av läkemedel i hela kommunen via verksamhetssystem APPVA.

SIP

- Ett arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården).
- SIP genomförs av områdesansvarig sjuksköterska tillsammans med eventuell berörd personal på särskilt boende, hemtjänst. Vårdcentralen där patienten är listad ansvarar för att sammankalla berörda personer efter samtycke med den enskilde.

Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Avstämningar sker kontinuerligt efter att en patient vårdats på sjukhuset tillsammans med patienten.
- Dagliga avstämningar sker inom kommunen tillsammans med sjuksköterska, rehabpersonal, biståndsbedömare inom kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal inom primärvården för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Implementering av nytt arbetssätt gällande sårvård har genomförts under Q4 2022. Utbildning har genomförts tillsammans med Färgelanda vårdcentralers läkare. Det nya arbetssättet är kopplat till avtalsleverantören Onemed och deras företag Onewound. Projektet kommer att generera i snabbare sårsläkning, uppdatering via APP med fotografier, möjlighet till specialisthjälp vid komplicerad sårsläkning, nätverksträffar med multiprofessionella sår team. Utvärdering kommer att ske under Q2 2023.

Nätverk

- **Palliativ vård-** I nätverk för palliativ vård finns två sjuksköterskor representerade, nätverket har fysiska möten två gånger per år.
- **vårdhygien-** Kommunen har i nätverk för vårdhygien 1-2 representanter per vårdenhets/ arbetsgrupp. Nätverket träffas 1-2 gånger/ termin och sammankallas av regionen.
- **Samverkande sjukvård-** I nätverk för samverkande sjukvård ingår 2 sjuksköterskor från hemsjukvården. Samverkande sjukvård kallar sina representanter på utbildning ca 2 gånger/ år. Däremellan genomför nätverket utbildningsinsatser för ny personal som skall åka på samverkansuppdrag.
- **Rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum,** dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor gällande rehabfrågor. På mötet deltar en fysioterapeut och en arbetsterapeut.
- **Socialchefsnätverk/ verksamhetschef hälso-och sjukvård-** Kommunens socialchef deltar på socialchefsmöten månadsvis.
- **MAS-nätverk-** Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska deltar på MAS- möten med fyrbodals övriga MAS:ar. Mötena sker månadsvis.
- **Enhetschef Hälso-och sjukvård och rehab -** Kommunens enhetschef för sjuksköterskor och rehab deltar på enhetschefs nätverk för sjuksköterskor respektive rehab personal.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering. Under pandemin har dessa möten skett digitalt men under Q3 2022 påbörjades arbete för att Gruppmötena övervägande skulle ske fysiskt.
- MAS-möten med legitimerad personal 1 gång/ månad.
- Arbetsplatsträffar 1 / månad för legitimerad personal
- Verksamhetsutvecklingsmöte 1 gång / månad för legitimerad personal.
- Samverkansmöten tillsammans med Närhälsan Färgelanda 2 gånger/ månad
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Redovisning för nämnd efter behov och kallelse av nämnd sekreterare
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdsamverkan

Vårdsamverkan Fyrbodalen är en arena för samverkan mellan hälso- och sjukvården i frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. De lokala samverkansgrupperna utgör grunden för den vårdsamverkan som sker lokalt, och gruppen är sammansatta av representanter från olika verksamheter inom kommun och region med lokalt ansvar för frågor som rör vård, stöd, omsorg och skola. Nätverket träffas 4 gånger/ år och ordförande ansvarar för sammankallning av gruppen.

Samverkansform utanför nätverk:

- Avtal med regionen för upphandling av nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
- Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
- Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygienskoterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
- Vård & Omsorgscollege i Fyrbodalen. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
- Samverkan med vård och omsorgsutbildningen för att ta fram utbildningsinsatser för undersköterskor, språktest samt utbildningsinsats för nya timvikarier som saknar utbildning.
- Samarbete med samverkande sjukvård
- Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Risikanalys kring patientsäkerhet genomförs utifrån socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Genomförda riskanalyser som berör specifik individ dokumenteras i respektive journal. Riskanalyser som berör verksamhet dokumenteras i kvalitets och ledningssystemet stratsys där även aktuell handlingsplan samt kvalitetskontroller läggs in utifrån uppkommen situation.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna och /eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Avvikelser internt och externt:

Samtliga anställda inom kommunen skall ha kännedom om vad som är en avvikelse utifrån

Hälso -och sjukvård och utifrån socialtjänstlagen samt kunna upprätta en avvikelse i verksamhetssystemet.

Ansvarig Enhetschef ansvarar för att hantera samtliga avvikelser som inte klassas som allvarlig vårdskada/risk för vårdskada eller risk för missförhållande/ missförhållande. Dessa avvikelser hanteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

När avvikelse inkommit på respektive enhet skall enhetschef kontakta berörd legitimerad personal som behöver ta del av avvikelsen och inkomma med information för att avvikelsen skall kunna utredas.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och presentera en handlingsplan för vanligt förekommande avvikelser.

De avvikelser som dominerar är fallrapporter samt given men osignerat läkemedel.

Lex Sarah och Lex Maria

I enhetschefens årshjul ingår att vid första arbetsplats träffen gå igenom vilken rapporteringsskyldighet personalen har utifrån LEX. Maria och LEX. Sarah.

Vid misstanke om att en Lex. Maria / Lex Sarah uppkommit skall medarbetaren skyndsamt kontakta närmsta chef samt sjuksköterska i tjänst för att se till att missförhållande upphör eller att risk för vårdskada / vårdskada tas hand om av sjuksköterska i tjänst.

Därefter skall avvikelse upprättas i rätt avvikelssystem, vid interna händelser Lifecare, vid externa händelser Medcontrol.

Vid interna avvikelser utreder medicinskt ansvarig sjuksköterska samtliga avvikelser som eventuellt är en Lex.Maria. När intern utredning är genomförd skickas utredningen vidare till IVO för ställningstagande om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om komplettering i ärendet behövs. Därefter redovisas händelsen för berörda verksamheter där ansvarig chef tillsammans med MAS tar fram handlingsplan för att händelsen inte skall uppstå igen. Samtligt material presenteras därefter på nämnden för kännedom.



Vid interna avvikelser som berör Lex. Sarah har medicinskt ansvarig sjuksköterska på delegation av nämnden att bedöma om missförhållande hade kunnat ske samt om missförhållande skett. Vid misstanke om detta tas kontakt med socialchef samt nämndes ordförande för delgivning av information. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att göra en internutredning för att sedan presentera på nämndsmöte, därefter tar nämnden beslut om avvikelserna skall skickas vidare till IVO. Utifrån intern utredning samt eventuellt IVO:s återkoppling gör berörd enhetschef en handlingsplan tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Handlingsplanen presenteras för nämnden.

Samtliga handlingsplaner som berör hela verksamheten läggs in i stratsys tillsammans med återkommande kvalitetskontroller.

Vid handlingsplaner som berör enskild individ görs dokumentationen i verksamhetssystemet Lifecare där även eventuella uppföljningar planeras in och dokumenteras.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns på Färgelanda kommuns hemsida

Synpunkter och klagomål kan mottas både skriftligt och muntligt. Men även anonymt, dock är det viktigt att personen som lämnar synpunkter eller klagomål anonymt får information om att återkoppling inte kan ske i detta fallet.

Blankett för klagomålshantering finns i kommunens växel, på kommunens hemsida, samt ute på enheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärenden som berör större delar av verksamheten tas upp på APT och vid behov på ledningsgrupp och / eller verksamhetsutvecklingsmöten om de berör flera enheter eller hela sektorn. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete samt arbete med handlingsplaner för att händelsen inte skall uppstå igen tillsammans med kvalitetskontroller.

Under 2022 12 ärenden inkommit till sektor omsorg, det är 6 mindre än föregående år. Av dessa 12 ärenden är det 4 stycken som gäller hälso-och sjukvården. Ärendena är hanterade enligt ovanstående rutin.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Inga ärenden har skickats till IVO från kommunen.

IVO har under 2022 genomfört en nationell granskning utifrån journalgranskning, intervjuer med patienter, sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialchef samt ordförande i socialnämnden.

Utifrån denna intervju kommer man under Q1 2023 få en rapport gällande eventuella brister. Där kommunen ansvarar för att inkomma med eventuella åtgärder tillsammans med handlingsplan vid eventuellt uppkomna brister.

Intern avvikelserapportering-

Arbetet med upprättande av avvikelser fungerar enligt rutin, dock har svårigheter uppstått när det gäller att hantera avvikelserna inom rimligt tid med anledning av personalbrist i så väl arbetsgrupp för legitimerad personal som enhetschefer. Fortsatt arbete gällande hantering av avvikelser kommer fortlöpa under 2023.

Utifrån inkomna avvikelser finns det inga avvikelser som varit i den allvarlighetsgrad att anmälan till IVO utifrån gällande rutin behövs göras.

Majoriteten av inkomna avvikelser berör fall, i stor utsträckning finns fallförebyggande åtgärder insatta men trots detta förekommer fall hos patienter, detta relateras ofta till sjukdomsbild då fall inte alltid går att undvika utifrån grundsjukdom.

Inga avvikelser har inkommit på medicintekniska produkter, dock har en avvikelse upprättats till Apoteket AB gällande en apodospåse som var felpackad ifrån leverantören.

Externa avvikelser

Under 2022 har 75 avvikelser uppmärksammats och hanterats i det externa avvikelssystemet. Av dessa 75 är det 5 stycken som inkommit från annan huvudman till Färgelanda kommun. Dessa avvikelser berör bristande kommunikation i gemensamt överrapporteringssystem Samsa, avbokning av transport till korttiden med kortvarsel till sjukhuset samt ej fungerande fax in till hemsjukvården i Färgelanda.

Övriga avvikelser är upprättade av kommunen.

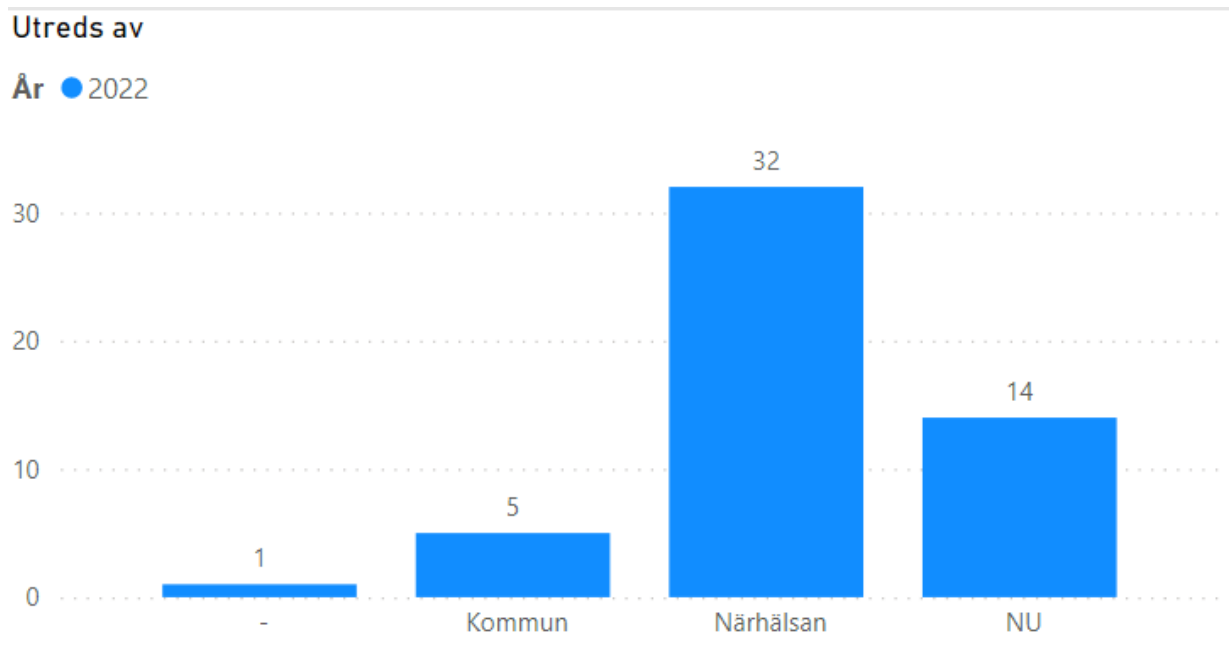
14 Avvikelser är upprättade av sjuksköterska i kommunen och riktar sig till olika avdelningar på NU-sjukvården. Den sammanvägda bedömningen av dessa avvikelser handlar om bristande informationsöverföring vid hemgång, avsaknad av nödvändiga läkemedel för 5 dygn samt att läkemedelslistan ej stämt.

32 avvikelser är upprättade av sjuksköterska i kommunen och riktar sig till Närhälsan, här handlar



avvikelseerna om ej återkoppling vid akuta åkommor enligt rutin, bristande läkemedelsordinationer, bristande ansvar hos läkare vid palliativvård.

Då samtliga avvikelser ej är hanterade av berörd part saknas även handlingsplan för vanligt återkommande avvikelser.



Statistik hämtas från: Avvikelsehantering - Public_VardsamverkanVG



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Vårdtagare med hjälp av kommunal hälso- och sjukvård får under året upprepade erbjudande om riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion samt förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist,

Under våren 2022 har folktandvården startat sitt arbete med uppsökande verksamhet efter att endast utfört besök utifrån akuta situationer under den svåraste delen av corona pandemin. Folktandvården har även digitaliserat sitt bedömningsverktyg för att förenkla processen.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Detta genomförs vid inskrivningssamtalet informationen delges efter inhämtat samtycke mellan olika personalgrupper som arbetar runt individen och är behov av att få informationen.

Läkemedelsgranskning har under 2022 åter tagits upp efter att man under pandemin endast genomfört dessa till viss del eller inte alls utifrån läkarnas bedömning.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande . Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Anhörigstödare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga. Under 2022 har även arbetet med uppsökande verksamhet startats upp efter att under pandemin legat på is för att minska risk för smitta och/ eller smittspridning.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadminstratör i **rapportmallen**.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen **Infoga Bild** och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Att bli äldre kan innebära att man får sjukdomar eller besvär som måste behandlas med läkemedel. Samtidigt påverkar åldrandet kroppens sätt att ta hand om läkemedel och man kan lättare få biverkningar. Man kan också få problem med att sköta sin medicinering, till exempel på grund av glömska eller svårigheter att svälja tabletter.

I delegationsutbildningen får samtlig personal som får en läkemedelsdelegering utbildning i symtom på biverkningar, hur man kan underlätta för personer som har svårt att svälja läkemedlet samt när man skall kontakta sjuksköterska för att informera att läkemedlet inte är givet.

Vi kan även se vid observation av läkemedelslistor att konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Detta utifrån socialstyrelsens dokument " olämpliga läkemedel för äldre"

Ett långsiktigt förebyggande arbete med omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra för att minska användning av olämpliga läkemedel till äldre med demenssjukdom vilket är ett arbetssätt som är implementerat och breddinfört i verksamheten, men som måste hållas vid liv då utbildningen är knuten till personal.

Under 2021 genomfördes sparsamt med kontroller på äldre och läkemedel, vilket skall genomföras av läkare vid årlig läkemedelsgenomgång på vårdcentralen.

Under 2022 har fokus legat på komma i fas med detta detta, då arbetet inte blev helt klart kommer de gemensamma arbetet att fortsätta under 2023. Planering finns även att under nästkommande år genomgå socialstyrelsens digitala utbildningar kring äldre och läkemedel för att höja kompetensen hos så väl legitimerad personal som bas-personal.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO som återupptagits under 2022 då det under 2021 var knutet till respektive individ med anledning av covid-19.

Det fallpreventiva arbetet är en viktig del i de förebyggande arbetet för den äldre då fall är en stor risk för vårdskada. Här är det viktigt att få med läkemedelshanteringen då olämpliga läkemedel för äldre kan bidra till en högre falltendens. Det är även viktigt att personal som ger läkemedel håller sig till de läkemedelstider som finns då risk för fall ökar om man exempelvis ger en lugnande tablett, sömntablett eller insomningstablett vid fel tillfälle eller för tidigt på dygnet.

För att uppmärksamma eventuella risker och sätta in fallförebyggande åtgärder används kvalitetsregistret Senior Alert. Under 2022 genomfördes 134 riskbedömningar varav 114 av dessa hade risk för fall. Detta motsvarar 85% av alla genomförda riskbedömningar. Av dessa 114 patienter hade 110 personer en bakomliggande orsak till att fallrisken, samtliga fick en åtgärdsplan för att fall förebygga. Dock genomfördes bara åtgärden i 81% av fallen.



Palliativt arbete

Livskvalitet i livets slut. När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete.

Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom.

Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.



Utifrån ovanstående spindeldiagram syns de punkter som mäts nationellt när det gäller palliativvård. Dokumenterat brytpunktssamtal genomförs av behandlande läkare medans Munhälsobedömningar och smärtskattning oftast sker av baspersonalen med stöd av legitimerad sjuksköterska. Utbildningsinsatser i munhälsa och smärtskattning kommer genomföras under 2023 för att nå upp till nationella mål.

Riskbedömningar:

Senior Alert genomför inte bara riskbedömningar utifrån fall, utan även risk för trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens. Kommunen ligger innanför målvärlden när det kommer till Trycksår, munhälsa, fall och undernäring. Men behöver jobba mer aktivt för att åtgärdsplanerna följs upp utifrån uppmärksammade risker.

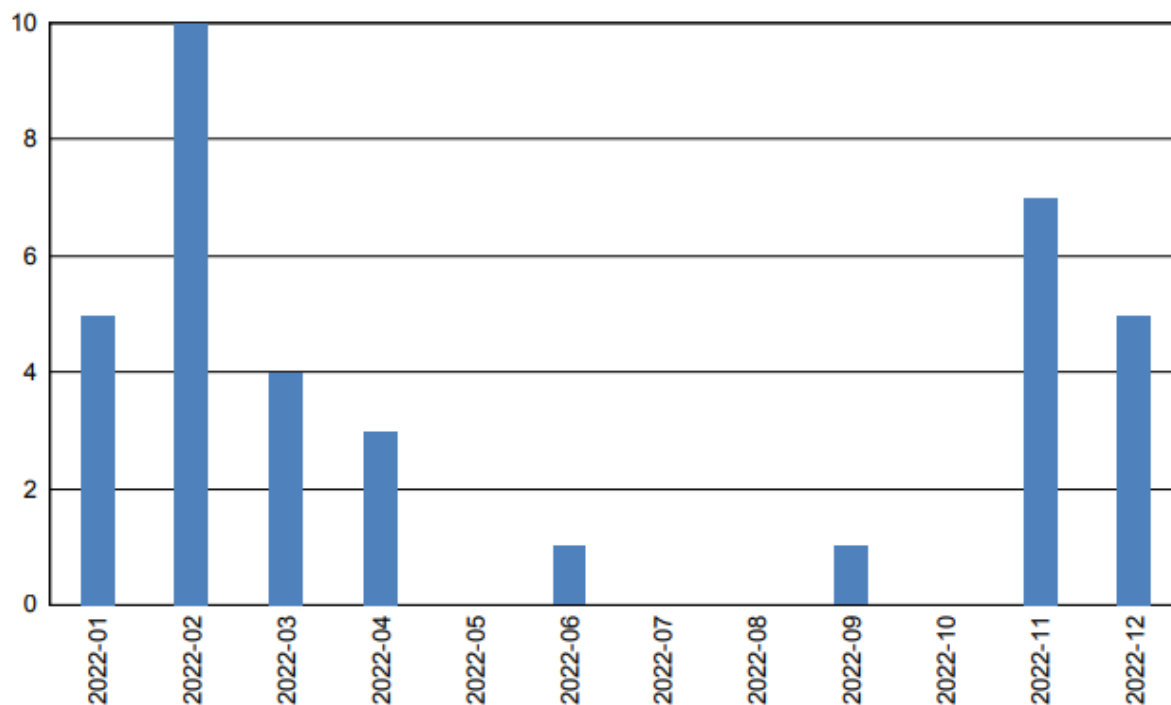


Trycksår	25% ↗ 33 av 134	94% ↓ 31 av 33	82% ↓ 27 av 33	79% ↑ 23 av 29
Undernäring	52% ↗ 70 av 134	94% ↓ 66 av 70	96% ↓ 67 av 70	82% ↑ 53 av 65
Fall	85% ↓ 114 av 134	96% ↓ 110 av 114	96% ↓ 109 av 114	81% ↑ 91 av 112
Munhälsa	46% ↑ 61 av 133	92% ↑ 56 av 61	93% ↓ 57 av 61	76% ↑ 44 av 58

När vi kommer till riskbedömning utifrån blåsdysfunktion behöver omtag göras nästkommande år då denna del hamnat efter under 2022.

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Under 2022 har skattningar gjorts regelbundet under samtliga månader förutom Maj, Juli och Augusti. Jämfört med västra götalandregionen ligger Färgelanda jämt med övriga kommuner när det kommer till aktuella skattningar 2022.



Antal skattningar/ månad.

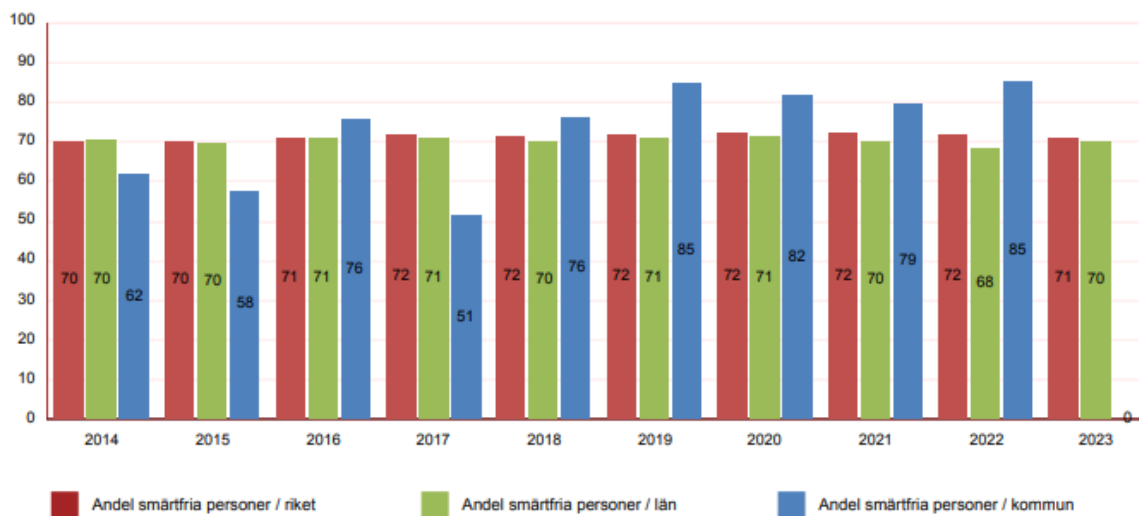
Under 2022 fanns 8 utbildade sjuksköterskor samt 37 utbildade undersköterskor i kvalitetsregistret. Omtag kring utbildning kommer göras under 2023 då även omstrukturering av äldreomsorgen sker.

Skattningen kollar på flera olika symtom, där bland smärta. Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem.

Stapeldiagrammet nedan påvisar att vi under implementeringen av systemet 2014 hade större andel smärta hos dementa, än vad vi har under senaste åren. Mätningen 2022 ligger Färgelanda över både



region och riket gällande smärtfria patienter.



Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Informationssäkerhet LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Risk- och behörighetsanalys	År		Godkänd

Risk och behörighetsanalys genomförs av systemadministratör för verksamhetssystemet.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation - Arkivering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Journalgranskning	År		Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.

Journalgranskning har genomförts regelbundet under året. Ingen avvikelse har hittats gällande obehöriga ägare inne i systemet. Dock uppmärksammandes brist i socialdokumentation hos undersköterskor, vilket resulterade i utbildning för personalen utifrån:

Vad är socialdokumentation?



vad skall dokumenteras?

Vad är en social avvikelse?

utbildningen genomfördes av vårdlärare på vuxenutbildningen i Färgelanda.

LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll LifeCare	Kvartal		

Loggkontroll har genomförts kvartalsvis utan anmärkning.

APPVA - system för digital signering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll	Månad	MAS bedömer om otillbörlig hantering/läsning har skett och vidtar vb åtgärder.	Automatisk loggning utförs månadsvis på slumpvis utvald personal av appva. Inga överträdelser funna.

Lokala och nationella kvalitetsgranskningar

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldreundersökning	År	Resultatet följs upp av äldreomsorgscheferna som vb. vidtar åtgärder.	

Resultatet är sammanställt och följs upp på verksamhetsmöten.

Efter genomgången resultat vidtas åtgärder på de punkter där kommunen behöver stärka sitt resultat.

Läkemedelshantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av en apotekare och MAS får kommentarer om vad som ev. behöver förbättras.	
■ Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Uppföljning sker vid nästa granskning.	
■ Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp	Halvår	MAS samlar in signeringslistorna för städning av läkemedelsskåp 2ggr/år för att granska följsamhet till rutinen.	
■ Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser	År	Utifrån resultat kan åtgärder bli aktuella, ev i samverkan med ansvarig läkare.	
■ Lista till apoteket med behöriga medarbetare att hämta ut läkemedel på apotek	Halvår	Listan som finns hos apoteket skall alltid vara aktuell med namn endast på medarbetare med behöriga att hämta ut läkemedel till vårdtagare på apotek.	

Kvalitetskontroll i KAF- Kommunalt akutförråd gällande läkemedel har genomförts 2023, kommunen hade inga anmärkningar.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen enl. gällande föreskrifter - Farmaceut har gjort en oberoende granskning av kommunens läkemedelshandling. Punkter som kom fram efter granskningen:

- Dokumentera avläst temperatur samt max/min-temperatur på kylskåp med läkemedel.
- Notera alltid personnummer vid uttag från akutförrådet/basförrådet.
- Påminn personal om att kontrollräkna narkotiska läkemedel.
- Säkerställ att läkemedelslista och signeringslistor är uppdaterade mot varandra.



- Säkerställ att förskrivande läkare lägger in ordinationer under rätt rubrik i Läkemedelslista Dos.

Vidtagna åtgärder på ovanstående punkter är gjorda och ny granskning kommer ske 2023.

Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp

Följsamheten att städa patientbundna skåp har förbättrats sedan egenkontroll sattes in. Dock behövs ytterligare förbättring och kvalitetskontrollen kommer att vara pågående även under 2023.

Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser Genomfördes inte 2022.

Lista till apoteket med behöriga medarbetare att hämta ut läkemedel på apotek

Uppdateras av MAS senast 2022-12-19, listan kommer uppdateras vid behov under kommande år.

Avvikelsehantering, Vårdskada, Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelseerna skall användas som underlag för förbättringsarbete.	
■ Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT till MAS där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	

Kvalitetskontrollerna är genomförda utan vidare synpunkter.

Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	
■ Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	
■ "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	

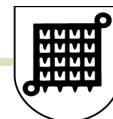
Mätning av nattfasta- Utifrån goda resultat 2021 har ingen mätning av nattfasta genomförts under 2022. Stickprovsmätning kommer att ske under första kvartalet 2023, resultatet kommer sedan ligga till grund för bedömning om vidare mätningar skall genomföras 2023.

PPM trycksår, fall -

Nationell mätning är gjord med hjälp av senior alert. Resultatet påvisar att 93 personer är registrerade. Av dessa 93 personer har 24% risk för trycksår. Dock har 56% inte fått en uppdaterad riskbedömning. Resultaten påvisar att förbättringsarbete bedöms nödvändigt och kommer planeras in som kvalitetsmål 2023.

VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
--------------	--------------	-----------------------------	-----------



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	God följsamhet till de basala hygienrutinerna kan noteras i första kvartalet. Samtliga enheter har deltagit. Ny skattning sker nästkommande kvartal.
■ Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	
● Vårdhygienisk egenkontroll	År	Enhetschef ansvarar för att identifierade förbättringsområden åtgärdas utifrån handlingsplan.	

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kunskapstest	År	Kvaliteten på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	

BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	
■ Symtomlindrande demensläkemedel	År	Jämförelse av andel med demensläkemedel i kommunen, regionen och riket.	

Palliativ vård och Palliativregistret

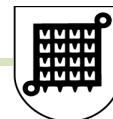
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Resultat i Palliativregistret	År	Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer med målvärden för palliativ vård vilka mäts via registrering i Svenska Palliativregistret.	

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	De flesta läser och dokumenterar bra. Några dokumenterar mycket sparsamt. Inga överträdelser funna. Resultat överlämnas till enhetschef i pappersform.

MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
--------------	--------------	-----------------------------	-----------



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Uppföljning av avvikelser i Lifecare	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	
■ Medarbetare med rätt att förskriva medicintekniska produkter	År	MAS/MAR kontrollerar årligen att uppgifter om vilka medarbetare som har rätt att förskriva medicintekniska produkter är uppdaterad.	

Inga incidenter har rapporterats kring medicintekniska produkter under 2021.

NPÖ - Sammanhållen journalföring

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll NPÖ	Kvartal		

Vårdgivarregistret och Omsorgsregistret hos IVO

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Årlig kontroll av uppgifter i Vårdgivar- och Omsorgsregistren	År		

Dokumenthanteringsplan - Arkivering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Revidering/Uppdatering av dokumenthanteringsplan	År	Arkivansvarig alt. verksamhetsutvecklare dokumenterar resultat och ev. utförda åtgärder vid uppföljning i Stratsys.	

Öppna jämförelser Socialstyrelsen

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Öppnajämförelser Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	År	Resultat tas upp i ledningsgrupp. Åtgärder hanteras av enhetschef inom resp. verksamhet alt MAS/MAR.	
● Öppna jämförelser enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård riktad till verksamheterna	År	Resultat tas upp på ledningsgrupp/äldreomsorgsgrupp.	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Implementera SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Projekt Framtidens Vårdinformationsmiljö, nytt vårdinformationssystem, leds av Västkom i samverkan med Västar Götalandsregionen. Preliminär driftstart i vår kommun hösten 2024. Kommunen har medarbetare som deltar i arbetet med design under våren 2022. Löpande information ges till legitimerad personal av projektledare och förmedlas vid MAS/MAR-möten.
- Utvärdering läkemedelsrobot.



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Fortsätta implementeringen av SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Riskbedömningar och uppföljningar sker var 6/ månad eller vid behov i Senior Alert.
- Fortsatt arbete med digitalt sårprojekt
- Regelbundna åtgärdskontroller efter IVO:s granskning
- Basal hygienrutin skattning
- Halt-mätning (Nationell mätning gällande vårdrelaterade infektion och antibiotikaanvändning)
- Stickprov av mätning av nattfasta