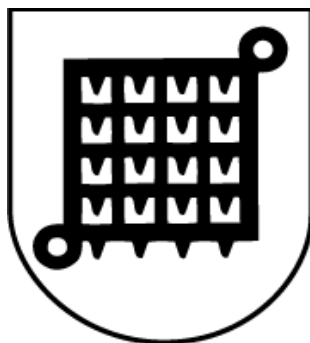
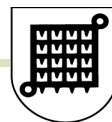




Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

2023



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Klagomål och synpunkter	15
Sammanställning och analys	16
Samverkan med patienter och närstående	17
Resultat	18
Övergripande mål och strategier från föregående år	24
Övergripande mål och strategier för kommande år	25



Sammanfattning

Året har präglats av att man på ledningsnivå har beslutat att samtliga yrkestitlar inom sektor omsorg behöver arbeta mera personcentrerat runt den enskilde. Återhämtningsdagar har getts tills samtlig fast personal inom äldreomsorgen där ämnet för dagarna var "hur kan vi arbeta mer tillsammans". Materialet som togs fram har till viss del arbetats med under 2023 och ny form på teamträffarna har tagits fram. Arbetet är långt ifrån klart och kommer fortsätta under 2024.

Anledningarna till att ledningsgruppen vill få till ett ökat samarbete och en mer personcentrerat arbetssätt är en del av arbetet kring god och nära vård, men även för att forskning visar på att ett personcentrerat arbetssätt genererar i :

- ökad självförtroende hos enskilda patienter
- ökad arbetstillfredsställelse hos vårdpersonalen

Detta genom att man bland annat:

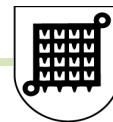
- fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård.
- skapa en relation, ett partnerskap
- ta hänsyn till personens situation, både medicinska och icke medicinska
- utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av vården och omsorgen – före, under, mellan och efter en kontakt.



Övergripande mål och strategier

Övergripande mål och strategier

- 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 och 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



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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.
- 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 - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården för att;

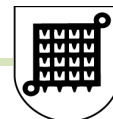
- utarbeta kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet.
- erbjuda regelbunden utbildning och rådgivning.
- skapa verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard.

Tandvårdsenheten ansvarar för att;

- erbjuda årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård.
- erbjuda munhälsoutbildningar till vård- och omsorgspersonal.

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

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.

Smittskyddsenheten 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. Avvikelser 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 avvikelserna till IVO och nämnden informeras om utredning, konsekvenser samt insatta åtgärder på lång och kort sikt.

Trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion följs upp via det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Skattningarna görs 1 gång/ halvår och vid förändrat hälsotillstånd.

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 i 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

Egenkontroller i kommunal primärvård

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 kvalitetsregister)

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

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

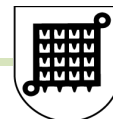
Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner utifrån Sveriges kommuner och regioners checklista.

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.



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

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 ICF-kodning (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsåtgärder som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- personal på demensenheter utbildas för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare.

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

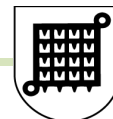
- Mätning av nattfasta har genomförts med goda resultat på samtliga enheter inom sektor omsorg.

Palliativ vård

- Lokala rutiner för palliativvård har uppdaterats.
- en av hemsjukvårdens undersköterskor med specialistundersköterska i palliativ vård har haft flera utbildningar för personal kring hur den palliativa vården skall bedrivas inom kommunen.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.
- Statistik följs regelbundet från Palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal. Dock visar statistiken på att vi behöver bättre samarbete kring våra brytpunktssamtal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. farmaceut med gott resultat.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som utför delegerade insatser.
- Loggbara läkemedelsskåp finns på samtliga särskilda boenden.
- Digital signering av läkemedel i hela kommunen via verksamhetssystem APPVA.



SIP

- Sammanhållen Individuell Plan - Kan upprättas när den enskilde erhåller insatser från flera vårdgivare samtidigt och upplever att det är otydligt vad olika verksamheter gör eller planerar. SIP är den enskildes plan.
- Två sjuksköterskor är under året utsedda för att arbeta mera med SIP:ar och vara ett stöd till kollegor när SIP behöver genomföras.

Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Utifrån uppgifter i informationsöverföringssystemet SAMSA om personer som behöver kommunala insatser efter sjukhusvård sker dagliga avstämningar tillsammans med vårdcentralens personal. Från kommunen deltar sjuksköterska, rehabpersonal och biståndsbedömare. Från den regionala primärvården deltar sjuksköterska och rehabpersonal. Vård och omsorg planeras för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

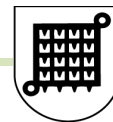
- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Sårprojektet Onewound är avslutat och implementerat i verksamheten. Genom sårprogrammet och appen OneWound får medarbetarna ökade kunskaper inom sårbehandling och stöd på ett strukturerat och enkelt sätt. Via chattfunktionen ges även möjlighet till snabb och professionell kontakt med erfarna sjuksköterskor med specialist kunskaper inom sår och som guidar till rätt utredning och val av behandling igenom hela sårläkningsprocessen. Onewound inbjuder varje månad till digitala föreläsningar om olika ämnen som berör sårbehandling. Samarbetet med Onewound fortsätter.

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 samsamarbetsfrågor 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 enhetschefers nätverk för sjuksköterskor respektive rehab personal.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Rutin gällande teamträffar där legitimerad personal träffar omvårdnadspersonal har reviderats och Håvestensgården gick in som pilot i den nya strukturen med goda resultat. Förändringen i rutinen avser att arbeta mer personcentrerat. Då pilotprojektet gav lyckade resultat kommer det breddas införas på samtliga enheter under Q1 2024.
- 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 och Färgelanda på ledningsnivå 2 gånger/ månad
- Gemensamma möten mellan Närhälsan och Färgelanda tillsammans med medarbetarna har införts i slutet på 2023. Syftet är att arbeta mer tillsammans och ta fram fler gemensamma rutiner som en del i omställningen till god och nära vård.
- 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 Fyrbodal 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. Under 2023 var kommunen sammankallade och antalet mötesdeltagare växte. Under 2024 kommer Chef på Närhälsan, Färgelanda vårdcentral att vara sammankallande.

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 hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
- Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. 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

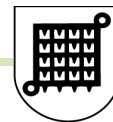
Risikanalys kring patientsäkerhet genomförs utifrån socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Genomförda riskanalyser som berör specifik individ dokumenteras i respektive journal. Riskanalyser som berör verksamhet dokumenteras i kvalitets och ledningssystemet stratsys 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 framtidsyttande 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

Avvikelser internt och externt:

Samtliga anställda inom Sektor Omsorg skall ha kännedom om vad som är en avvikelse utifrån Hälso- och sjukvård och utifrån socialtjänstlagen samt kunna upprätta en avvikelse i verksamhetssystemet.

Enhetschef ansvarar för att hantera samtliga avvikelser som inte klassas som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller missförhållande/ risk för missförhållande. Dessa avvikelser hanteras av MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska. From 2024 hanteras allvarliga missförhållanden av SAS, socialt ansvarig samordnare.

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

Då statistiken påvisar att antalet osignerade läkemedelsdoser 2023 ligger under hemtjänsten hade MAS möte tillsammans med hemtjänstpersonal under December 2023 gällande vikten av att signera läkemedel i tid samt riskerna som finns kring att inte signera.

Fallavvikelser är en avvikelse som i verksamheten är svårt att förebygga helt, då fall kan vara en naturlig del av sjukdomsbilden. Dock har det under 2023 arbetats med riskhanteringsverktyget Senior Alert för att tidigt kunna identifiera de patienter där fallrisk finns. Detta för att kunna sätta in fallförebyggande åtgärder samt förhindra att fallen blir av allvarlig karaktär.

Lex Maria och Lex Sarah

I enhetschefens årshjul ingår att vid årets första arbetsplatsträff 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 i Lifecare, vid externa händelser i 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 från 2024 SAS, socialt ansvarig samordnare uppdraget att bedöma om det funnits risk för missförhållande alt. om missförhållande skett. Vid misstanke om detta tas kontakt med socialchef samt nämndens ordförande för delgivning av information. Socialt ansvarig samordnare 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/socialt ansvarig samordnare. Handlingsplanen presenteras för nämnden.

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



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



Klagomål och synpunkter

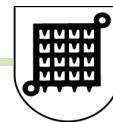
Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns på Färgelanda kommuns hemsida

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.



Sammanställning och analys

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Tre ärenden har skickats till IVO från kommunen.

Intern avvikelserapportering-

Arbetet med upprättande av avvikelser fungerar enligt rutin, dock har svårigheter uppstått när det gäller att hantera avvikelserna inom rimlig tid med anledning av personalbrist i så väl arbetsgrupp för legitimerad personal som enhetschefer. Fortsatt arbete gällande hantering av avvikelser kommer fortlöpa under 2024.

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.

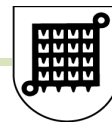
Externa avvikelser

Under 2023 har 34 avvikelser uppmärksamats och hanterats i det externa avvikelssystemet. Av dessa 34 är det 7 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.

2 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.*

25 avvikelser är upprättade av sjuksköterska i kommunen och riktar sig till Närhälsan, *här handlar avvikelserna om ej återkoppling vid akuta åkommor enligt rutin, avsaknad av journalanteckningar, bristande läkemedelsordinationer, bristande ansvar hos läkare vid palliativvård. 10 av dessa avvikelser är inte hanterade av Närhälsan och ligger fortfarande som pågående i systemet.*



Samverkan med patienter och närstående

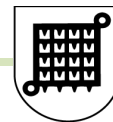
Vårdtagare med hjälp av kommunal hälso-och sjukvård får under året upprepade erbjudande om riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion samt förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist,

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.

Årlig läkemedelsgenomgång har under 2023 genomförts, dock inte på samtliga patienter enligt journalgranskning.

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.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga. Anhörigstödjaren jobbar även med uppsökande verksamhet till äldre utan kommunala insatser.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Läkemedel och äldre

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.

Läkemedelsgranskning har skett med legitimerad farmaceut, granskningen påvisade inga stora brister.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO.

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 även 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 förtidigt på dygnet.

För att uppmärksamma eventuella risker och sätta in fallförebyggande åtgärder används kvalitetsregistret Senior Alert. Den nya rutinen på teamträffar som beskrivs tidigare i patientberättelsen skall leda till att fler Senior Alerter görs och att samtliga professioner runt patienten är delaktig i riskbedömningen.

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.

Länk till spindeldiagram över kvalitetsindikatorer för palliativ vård:

http://utdata.palliativregistret.org/sv/report/kval_lilla

Utifrån ovanstående länk till spindeldiagram för kvalitetsindikatorer för palliativvård syns de punkter som mäts nationellt när det gäller palliativvård. Sedan föregående år har det ökat från 30%- 65% gällande patienter som får ett brytpunktsamtal. Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket har fått ner 5%. Även dokumenterad munhalsobedömning sista levnadsveckan har minskat från 75%- 60%. Smärtskattningen ligger på samma procent. Vårdplaner är en ny mätning från 2023, därav finns inget att jämföra med.

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.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Informationssäkerhet LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Risk- och behörighetsanalys	År		

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.	

LifeCare

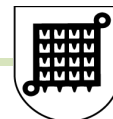
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll LifeCare	Kvartal		

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.	

Lokala och nationella kvalitetsgranskningar

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



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 läkemedelshantering 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.	

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.	

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.	HALT-mätningen genomförd november 2023.



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			Totalt antal inkluderade v
			Antal vårdtagare med kor
			Antal vårdtagare med bek
			Andel vårdtagare med be (prevalens)
			Antal vårdtagare med ant
			- Antal vårdtagare med te
			- Antal vårdtagare med p
			Andel vårdtagare med an
			Totalt antal antibiotikabel

VG-regionens munhälsobedömning

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.	Färgelanda kommun deltog inte i den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler BHK, 2023.
● 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.	OK
■ 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.	Vårdhygienisk egenkontroll enl. mall från Vårdhygien NU-sjukvården genomförd i september resp. oktober på Hävestensgården och den kommunala primärvården med godkända resultat.

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kunskapstest	År	Kvalitén 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 erbjudits 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.	Spindel Mänsklig närvaro i dödsö Utan trycksår (kategori 2-4) Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan Resultatet från Palliativregistret visar att vi behöver förbättra vår smärtskattning sista levnadsveckan och läkarna behöver öka andelen vårdtagare som får ett brytpunktsamtal.

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	

MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Uppföljning av avvikelser i Lifecare	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
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.	

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 kring god och nära vård.

Vilket har genomförts genom gemensamma dagar tillsammans med Närhälsan för att bygga upp ett bättre samarbete och ta fram gemensamma rutiner. Fysioterapeuter gick en utbildning kring hur man arbetar med god och nära vård i rehab verksamheten. Medicintekniska produkter köptes in för att kunna underlätta arbetet ute på fält för sjuksköterskorna.

Implementera SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet, vilket pausades med anledning av att kommunen valt att upphandla en ny version av Kvalitetsledningssystemet stratsys.

Projekt Framtidens Vårdinformationsmiljö,

Fortsätter utifrån den projektplan som Västar Götalandsregionen har lagt.



Övergripande mål och strategier för kommande år

Fortsatt arbete kring omställningen till god och nära vård:

Implementering av läkemedelsrobotar

HLR-utbildning för personal

Utveckling av arbetet med Onewound gällande fotografier av sår samt konsultation av specialistsjuksköterskor vid varje såromläggning.

Utvecklade team möten med fokus på personcentrerat arbetssätt.

Använda SIP på ett mer strukturerat sätt och utbilda två sjuksköterskor som SIP ansvariga.

Arbeta mer tillsammans i de olika professionerna som finns i sektor omsorg, där sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden och handleder personalen.