

Patientsäkerhetsberättelse för Bromölla kommun År 2023



Datum: 2024-02-19
Ansvarig för innehållet: Carina Christensen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
Diarienummer: KS 2024/153

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet.....	11
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare	17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
Kvalitetsregister	18
Senior Alert	18
Palliativa registret.....	19
BPSD.....	21
Beslutade egenkontroller.....	22
Journalgranskning HSL.....	23
Loggkontroller.....	24
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	25
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	26
Extern läkemedelsgranskning	27
Närförråd läkemedel.....	28
Sammanställning avvikelser.....	29
Sammanställning trycksår	33
Måltidsmätning.....	34
HALT	35
Kompetens.....	36
IVO granskning	37
PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN - NATIONELL HANDLINGSPLAN	37
Öka kunskap om inträffade vårdskador	38
Tillförlitliga och säkra system och processer	38
Säker vård här och nu	39
Riskhantering	39
Stärka analys, lärande och utveckling	40
Avvikelser	40
Klagomål och synpunkter.....	40
Öka riskmedvetenhet och beredskap	41
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	42

SAMMANFATTNING

Den sammanfattade bedömningen är att patientsäkerheten under 2023 har varit god i samtliga verksamheter. Verksamheterna har under året arbetat för att upprätthålla samt utveckla god kvalitet och patientsäkerhet för att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. Trygg och säker vård är verksamhetens mål för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet som ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Omställning till nära vård är en stor förändring som pågår vilket innebär en förflyttning av vård från regional verksamhet till kommunal hälso- och sjukvård. Primärvården ska i detta arbete vara navet i hälso- och sjukvårdsarbetet där allt mer vård ska ske i den enskildes hem. Samverkan och teamarbete mellan vårdgivare är förutsättningar för att klara dessa framtida utmaningar. Det pågår samverkan på olika nivåer för att patientsäkerheten i detta ska beaktas.

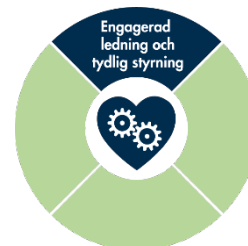
En större digital resa är påbörjad i form av implementering av planeringssystem, digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, läkemedelsautomat, digitalt verktyg för träning och rehabilitering, digitala vårdmöten via Sefos samt en lärportal med digitala utbildningar. Arbetet är planerat och implementeringen är påbörjad under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

År 2020 inledde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en omfattande tillsyn av den vård och behandling som ges till patienter på särskilda boenden för äldre. Tillsynen har pågått under åren och verksamheten har deltagit på olika sätt. Det har varit journalgranskning, enkäter och intervjuer. Våren 2023 kom beslut från IVO gällande granskningen där kommunen skulle lämna in en åtgärdsplan som visade vilka åtgärder som genomförts eller skulle genomföras samt hur och när effekterna planerades att följas upp. En åtgärdsplan lämnades in som godkändes. IVO:s bedömning var att kommunen redovisat adekvata åtgärder inom områdena individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede som var de områden som granskats.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §, HSL 2017:30, SFS 2014:821

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras.

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Patientlagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Målvärden som verksamheten arbetar för att uppnå:

Indikatorer	Beskrivning av målet	Målvärde
Basala hygienrutiner och kläder, BHK	Följsamhet till basal hygienrutin och kläder	100 %
Måltidsmätning	Antal timmar mellan måltider ska inte överskrida 11 timmar för patienter på säbo	<11 h
Palliativa registret:		
Dokumentera brytpunktssamtal	Patienten ska ha erbjudits ett brytpunktssamtal	98 %
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	Patienten ska ha ordination på starkt opioid vid smärtgenombrott	98 %
Ordination injektion ångestdämpande vid behov	Patienten ska ha ordination på ångestdämpande läkemedel vid behov	98 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	Smärtskattningsinstrument ex. Abbey Pain ska användas sista levnadsveckan	100 %
Dokumentera munhälsobedömning sista levnadsveckan	Munhälsobedömningsinstrument ex. ROAG ska användas sista levnadsveckan	90 %

Utan trycksår (kategori 2–4)	Andel avlidna utan trycksår, kategori 2–4	90 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	Andel avlidna med mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %
Senior Alert:		
Riskbedömning där risk konstaterats och teambaserad utredning av bakomliggande orsaker är utförd	Teambaserad utredning av bakomliggande orsaker gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är utförd	75–100 %
Riskbedömning där risk konstaterats och åtgärd planerats	Åtgärd gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är planerad	75–100 %
Riskbedömning där risk konstaterats och åtgärd utförts	Åtgärd gällande fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är utförd	75–100 %

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1, SFS 2017:80, PDL 2008:355, SFS 2017:30

Kommunstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet som ansvarig vårdgivare. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet fastställs, följs upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för

- att säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

ansvarar för

- att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen samt
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

MAS ska även sörja för att instruktioner och riktlinjer är kända i verksamheten och fungera som stöd till verksamheten.

Om någon person i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av skada eller sjukdom ansvarar MAS för att utreda och anmäla risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef för kommunal hälso- och sjukvård
ansvarar för

- patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde.
- att dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.
- ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

- har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.
- ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik.
- ska följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.

HSL-undersköterska

- bistår sjuksköterskor med HSL-insatser och administrativa arbetsuppgifter utifrån verksamhetens behov. Ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik.
- utför självständigt HSL-insatser på delegering av sjuksköterska, det kan vara både planerade och akuta insatser.

Rehab-assistent

- bistår arbetsterapeuter och fysioterapeuter med HSL-insatser och administrativa arbetsuppgifter utifrån verksamhetens behov. Ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik.
- utför självständig träning av individuellt utprovat program efter delegering av arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Enhetschef Vård och omsorg
ansvarar för

- patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde.
- att dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.
- ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Kvalitetsundersköterska

- utvecklar tillsammans med enhetschef kvalitet och säkerhetsställer god vård och omsorg.

- säkerställer att beviljade insatser enligt SoL och HSL verkställs på ett korrekt sätt.
- implementerar nya rutiner och arbetssätt.
- stöttar och hjälper kollegor.

Specialistundersköterska

- innehar fördjupade kunskaper inom specialistområdet med relevant YH-utbildning.
- handleder och utbildar enligt framtagen planering, men också där akuta behov uppstår både inom och utanför verksamheten.
- driver utvecklingsprojekt i verksamheten.
- bidrar till att höja kvaliteten i sin egen, gruppens och verksamhetens utveckling.

Språkombud

- har som uppdrag att stödja kollegor när det gäller språkutveckling.
- arbetar med stöd av chefen för att göra arbetsplatsen språkutvecklande och för en bättre kommunikation.
- stödjer kollegor som har svårighet i svenska språket samt i frågor om vardaglig språkanvändning.

Omvårdnadspersonal

- är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

Stödfunktioner – samverkan

IT- samordnare/systemförvaltare inom Stöd och omsorg är förvaltare för

- kvalitets- och ledningssystem QPR för en samlad informationsbas gällande rutiner, riktlinjer och processer.
- verksamhetssystem Treserva för patientsäker dokumentation.
- verksamhetssystem Alfa eCare Welfare Dokumentation, Planering och Signering, (Företaget har under hösten bytt namn och modulerna hette tidigare Alfa Epsilon och SignIt.)
- digitalt träningsverktyg Exorlive för rehabilitering med övningar och träningsprogram.
- läkemedelsautomat Evondos som säkerställer läkemedelshantering.

Primärvården

- läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende.

Vårdhygien Skåne

- kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner. Regelbundna samverkansmöten tillsammans med Smittskydd Skåne och MAS i Skånes kommuner.

Smittskydd Skåne

- kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner. Regelbundna samverkansmöten tillsammans med Vårdhygien Skåne och MAS i Skånes kommuner.

Patientnämnden

- inkomna synpunkter återförs till kommunen som kan analysera och åtgärda för ökad patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne. – Bilaga 7 är sedan juni 2023 pausad. Under tiden sker uppföljning genom dialog i de patientnära samverkansgrupperna, central- och delregional tjänstemannaberedning samt i enlighet med rutin avvikelserapportering. I Skåne Nordost förs dialoger mellan kommunerna och Avancerad vård i hemmet (ASIH) för framtagande om ett gemensamt arbetssätt i samverkan.
- Samverkan sker och rutiner för med mobilt vårdteam finns enligt HS-avtalet.
- Riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kry vårdcentral Bromölla.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten tillsammans med vårdcentralerna i Bromölla.

Processer för samverkan

Vårdsamverkan Skåne

Mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne finns ett hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar ansvarsfördelning och samverkansform. I avtalet beskrivs även en struktur för vårdsamverkan. Organiseringen bygger på en såväl central som delregional samverkan mellan både tjänstepersoner och förtroendevalda.

Syfte med vårdsamverkan är att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen och därigenom bidra till ökad trygghet. Inom Vårdsamverkan Skåne beslutas om olika uppdrag och projekt som sedan utförs av de olika samverkansnivåerna.

Samverkansmöte

Representanter från Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), psykiatrin, vårdcentralerna i Bromölla samt kommunen träffas regelbundet för att diskutera, planera och arbeta enligt överenskommelser i Hälso- och sjukvårdsavtalet (HS- avtalet) samt arbetet med Nära Vård. Samverkansgruppen fick under hösten ett uppdrag att ta fram en planering för ett gemensamt projekt under 2024. Samverkansgruppen valde att undersöka och försöka minska förekomsten av olämpliga läkemedel.

Lokala samverkansmöten med vårdcentralerna i Bromölla

MAS, verksamhetschef för vårdcentralerna och enhetschefer kommunal hälso- och sjukvård träffas regelbundet gällande rutiner, arbetssätt och följsamhet till HS-avtalet.

Ledningsgrupp kommunal hälso- och sjukvård

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård, enhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård samt MAS har regelbundna möten för planering och utveckling av kommunal hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen har även regelbundna möten med funktionschef för Omsorg funktionsnedsättning.

Ledningsteam på kommunens enheter

Intern samverkan på enheten mellan legitimerad personal och enhetschef för att få en säker och trygg omvårdnad för patienten.

Teamträffar på kommunens enheter

Intern samverkan på enheten mellan legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal för att få en säker och trygg omvårdnad för patienten.

”Mina planer möten” i kommunen

Kommunen har ”Mina planer möten” där biståndshandläggare, legitimerad personal, samordnare för hemtjänsten samt enhetschef för hemtjänsten träffas digitalt för att planera för patienters hemgång från sjukhuset. Dessa möten sker dagligen på vardagar. Sedan december 2023 deltar även sjuksköterska från vårdcentral Kry två gånger per vecka.

MAS Skåne nordost

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Skåne nordost har regelbundna möten för diskussioner, erfarenhetsutbyten och planering för patientsäkerhet i kommunerna.

Samverkansmöte Vårdhygien/Smittskydd Skåne med Skånes kommuner

Regelbundna träffar för information gällande riktlinjer vårdhygien och smittskydd.

Mobilt vårdteam

Samverkan med primärvård för fortsatt arbete med mobilt vårdteam för de mest sjuka patienterna i syfte att kunna ge vård i patientens hemmiljö.

Mobilt team Närsjukvård

Samverkan med primärvård och region för implementering av en ny sammanhållen vårdform där primärvården är navet i samverkan med övriga vårdgivare. Syftet med teamet är att utveckla en trygg, tydlig och tillgänglig vård för patienter som kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Vårdformen startade i december 2023.

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård - Mina Planer

En digital planeringsprocess mellan region, primärvård och kommun som syftar till att patienten ska få en trygg hemgång med planerade insatser.

Samordnad individuell plan (SIP)

En individuell plan upprättas tillsammans med patienten vid behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård med syfte att utifrån patientens behov och önskemål skapa en helhetsbild och samordna patientens vård mellan verksamheterna. SIP främjar god och nära vård samt ökar patientens delaktighet.

Risker vid vårdens övergångar (RIVÖ)

Samverkansforum mellan regionen, primärvården och kommunen för hantering av patientnära verksamhetsfrågor. Huvudsaklig uppgift är att diskutera och hantera praktiska patientnära verksamhetsfrågor för att främja en säker trygg vård för patienten i vårdens övergångar mellan sluten vård, öppen vård och kommunal vård.

Beslutstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård som används när patienten försämras i sitt hälsotillstånd. Syftet med verktyget är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på rätt vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare ska säkras.

Hjälpmiddelscentrum Östra Skåne (HÖS)

Samarbete mellan 11 skånska kommuner för stöd gällande kommunernas hjälpmedelshantering. I detta ingår funktioner som inköp, lagerhållning, teknisk service, rådgivning/utprovning, recirkulation, distribution, utbildning, utveckling, information, ekonomisk redovisning, IT-stöd samt sammankallande för sortimentgrupp. Ledningsgrupp träffas regelbundet.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten då behörig personal efter samtycke från patienten kan ta del av en dennes journal hos annan vårdgivare.

Uppsökande tandvård

Avgiftsfri munhälsobedömning till de patienter som kommunens hälso- och sjukvård har ansvar för i syfte att kvalitetssäkra patientens munhälsa.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt på olika sätt i verksamheten.

HSA/SITHS-kort

Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSA) är en elektronisk katalogtjänst som innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Registrering av personpost i HSA är grundförutsättningen för att kunna få ett SITHS-kort.

SITHS är en elektronisk identitetshandling som används för inloggning, signering, säker åtkomst till och kommunikation mellan nationella vårdssystem och tjänster. SITHS-kort krävs bl.a. till Mina Planer, NPÖ, Pascal och Senior Alert.

Tvåfaktorsinloggning

Tvåfaktorsinloggning används för att säkerhetsställa att personen som loggar in är rätt person. En personlig säkerhetsnyckel Feitian, används av omvårdnadspersonal för att få åtkomst till kommunens verksamhetssystem Treserva i en mobilapp. I mobilappen får omvårdnadspersonalen åtkomst till verkställighetsjournal, genomförandeplan, vårdplaner samt avvikelsemodul.

Tvåfaktorsinloggning används även till Alfa eCare Welfare som innefattar system för planering och signering. Personal loggar in i webb med SITHS-kort eller med Epsilon authenticator och i mobilapp via NFC-tag på SITHS-kort eller på tjänstekort kombinerat med en kod.

Mina Planer

IT-stödet Mina Planer används för samverkan mellan slutenvård, öppenvård och kommun vid utskrivning och/eller samordnad individuell planering. Detta för att säkra patientens hemgång från sjukhuset. Patientens samtycke krävs.

Samordnad individuell plan (SIP)

Legitimerad personal är delaktiga i SIP tillsammans med patienten samt annan berörd vårdgivare för att skapa och dokumentera en samlad beskrivning av patientens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Legitimerad personal använder NPÖ för att få åtkomst till vårdinformation från andra vårdgivare i syfte att öka patientsäkerheten. Patientens samtycke krävs.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Legitimerad personal dokumenterar de vårdåtgärder de utför i patientens journal. Det är obligatorisk att rapportera till Socialstyrelsen för att ge underlag till en statistisk beskrivning av vårdens innehåll.

Journalgranskning hälso- och sjukvård

En dokumentationsgrupp bestående av MAS, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut genomför journalgranskning gällande hälso- och sjukvård fyra gånger per år.

Journalgranskningen analyseras, dialog gällande dokumentation förs vid behov med berörd personal och resultat återkopplas till verksamheten.

Loggkontroller

Loggkontroller är en förebyggande åtgärd för att säkerhetsställa patientens integritet. Det är endast tillåtet att ta del av patientuppgifter som är nödvändiga för att utföra sin arbetsuppgift. Loggkontroller utförs regelbundet enligt beslutad egenkontroll.

Säker digital kommunikation - Sefos

Sefos är en plattform för säker digital kommunikation som gör det möjligt att dela sekretessbelagda, känsliga eller integritetskänsliga uppgifter både inom organisationen och externt på ett säkert sätt, samtidigt som dataskyddsförordningen (GDPR), lagar och regelverk

som finns vad gäller dataskydd och sekretess följs. Sefos infördes i Bromölla kommun november 2023.

Ett projekt inom hemsjukvården med digitala vårdmöten via Sefos påbörjas under 2024. Ett digitalt vårdmöte / digitalt hembesök är ett möte mellan patient och vårdpersonal där mötet sker på distans via mobiltelefon.

Informationssäkerhetsklassning av system

Ett systematiskt kvalitetsarbete av verksamhetens system för utvärdering och analys av kritiska punkter inom systemen. Genom kvalitetsarbetet kan man säkerställa eventuella risker och arbeta förebyggande för att säkra information och hantering i systemet.

IT- säkerhetsutbildning - Nimblr.

IT-säkerhetsutbildningen är en gemensam satsning som riktar sig till all personal och förtroendevalda i kommunerna inom IT-kommuner i Skåne AB (Unikom). Utbildningen är obligatorisk och genomförs under ledning av Unikom i samarbete med leverantören Nimblr. Syftet med utbildningsinsatsen är att öka riskmedvetenheten hos personal för att i förlängningen öka hela organisationens kunskap kring IT-säkerhet och informationssäkerhet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. En god säkerhetskultur bygger på verksamhetens gemensamma värderingar relaterade till arbetsmiljö och säkerhet. En god säkerhetskultur innebär att samtliga anställda har kännedom om eventuella risker och arbetar aktivt för att förebygga dem. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Kvalitets- och ledningssystem

All personal har tillgång till Stöd- och omsorgs kvalitets- och ledningssystem (QPR). Där finns rutiner, riktlinjer och processer samt länkar till andra informationssidor som behövs för god och säker vård.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering i verksamhetssystem är en grund där rapportör och utredare tillsammans har en viktig roll att rapportera avvikande händelser, analysera och åtgärda händelser på individ- och organisationsnivå. Vad har hänt och vad kan göras för att det inte ska hända igen.

Klagomål och synpunkter

Det finns en allmän synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från patientnämnden och Socialstyrelsen hanteras av verksamhetschef respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa registreras, diarieförs och besvaras. På kommunens hemsida finns även en direkt hänvisning till hur klagomål kan lämnas till patientnämnden.

Verksamhetsmöten

I verksamheten hålls regelbundna möten för att planera vården inom verksamheten, för att säkra en god arbetsmiljön på arbetsplatsen och diskutera förbättringsåtgärder. Detta i struktur av ledningsteam, teamträffar samt arbetsplatsträffar.

Ledningsteamet ska gemensamt och på ett strukturerat sätt med en given agenda hantera, planera och följa upp behov och frågeställningar inom verksamhetsområdet. Teamträffar har syftet att utvärdera, samordna, ändra och avsluta insatser vid behov. Regelbundna arbetsplatsträffar hålls för att arbeta med verksamhetens mål och arbetsmiljön på arbetsplatsen.

Planeringsdagar

En grundförutsättning för en god säkerhetskultur är att ha gemensamma planeringsdagar där personalen på enheten kan inhämta kunskap, planera och utveckla sitt arbete samt dela med sig av erfarenheter till varandra. Det är viktigt att ha en gemensam dialog kring attityder, värderingar och antaganden som har stor inverkan på det dagliga arbetet såväl som hanteringen av risker.

Kommunalt informationssystem om arbetsmiljö (KIA)

KIA är ett IT-system för anmälan om tillbud och arbetsskador som används i kommunen för lättare överblick över tillbud, arbetsskador och incidenter gällande personalen och deras arbetsmiljö.

Visselblåsarfunktion

Visselblåsarfunktionen är en rapporteringskanal som personal kan använda om de misstänker missförhållanden inom Bromölla kommun. Syftet med visselblåsarfunktionen är att en person som har eller haft en arbetsrelation till Bromölla kommun ska kunna rapportera skyddat om missförhållanden i någon av kommunens verksamheter. Funktionen är viktig för att minska risker och för att upprätthålla förtroendet för våra verksamheter och beslutsfattare.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är kvalitetssäkrad bemanning som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Som ett led i att säkra de grundläggande förutsättningarna pågår en kontinuerlig översyn kring bemanning och kompetensbehov. För att möta patienternas behov, kvalitetssäkra utförandet samt använda den personalkompetens som finns på bästa sätt pågår ett arbete med att implementera välfärdsteknik inom verksamheterna.



Det bedrivs kompetensutbildning på alla nivåer.

Multi Access Bemanningssystem

I Multi Access planerar verksamheterna in uppgifter om vilka behov som finns gällande personalens kompetens såsom ex. delegering och körkort. I systemet lägger verksamheten även in en bemanningsgraf för att säkerställa korrekt bemanning. Under 2023 infördes nya EU-direktiv med huvudregel att alla medarbetare ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod och att arbetspass ska följas av dygnsvila.

Äldreomsorgslyftet

Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet har möjliggjort att omvårdnadspersonal kan utbilda sig till undersköterska och specialistundersköterska på arbetstid genom stadsbidrag. Under våren 2023 gick 14 personal utbildning och efter vårterminens slut var fyra klara med sin utbildning, två som undersköterskor och två som specialistundersköterskor. Ingen personal påbörjade ny utbildning via äldreomsorgslyftet. Under hösten fortsatte de resterande tio sin utbildning. En personal avslutade under hösten sin anställning och avslutade där med den pågående utbildningen.

Vård- och omsorgscollege

Förening för samarbete mellan arbetsgivare, utbildningsaktörer och fackliga organisationer inom den privata och offentliga vården och omsorgen som möjliggör en modern utbildning som leder till anställningsbarhet. Som en del i detta samarbete har 12 personal genomgått språkbudsutbildning under året och kommer under 2024 att påbörja arbetet med att stödja sina kollegor genom att främja språkutveckling på arbetsplatsen.

Språkutbildning via Komvux

Under våren 2023 fick kommunen återkoppling på IVO granskning som genomförts. Där var språkförståelse ett område som de ville ha åtgärdsrapportering kring. För att kvalitetssäkra och möta personalens behov och förutsättningar på ett korrekt sätt utfördes det språkförståelsetest via EducateIt för all omvårdnadspersonal inom särskilt boende. Resultatet visade att det fanns personal med behov av stöd i sin språkförståelse. För vissa innebar det stöd på arbetsplatsen medan för andra ledde det till att de under hösten fick påbörja en individuellt anpassad utbildning på Komvux.

AST-tjänst

Akademisk specialisttjänstgöring (AST) är en modell för utbildningsanställning som sjuksköterska kan söka för vidareutbildning till specialistsjuksköterska. Det innebär att sjuksköterskan får lön enligt överenskommelse och omfattas av kollektivavtalet på arbetsplatsen under studietiden. En sjuksköterska går vidareutbildning vård av äldre och blir klar med sin utbildning sommaren 2024.

Kommunutbildningar via Diploma, digital lärportal

Personal inom Vård och omsorg har via kommunutbildningar under år 2023 gått en inköpt webbutbildning i rapporteringsstöd för att säkerställa god informationsöverföring (SBAR). Det är ett verktyg som kan förbättra kommunikationen mellan och inom olika yrkeskategorier och därigenom öka patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SBAR står för situation, bakgrund, aktuell bedömning samt rekommendation. Efter genomgången utbildning har deltagarna fått diplom.

I december 2023 tecknade Stöd och omsorg ett avtal med Diploma för att ge förutsättningar till ökad kompetens för personal via en digital lärportal. I lärportalen finns cirka 500 olika webbutbildningar och möjlighet att lägga in eget material samt länka till andra hemsidor. Ett första steg är att skapa grunder till ett introduktionsprogram för nyanställda och därefter utbildningspaket med riktade utbildningar till olika yrkeskategorier och verksamheter. Utbildningarna kommer att läggas in i ett årshjul för att kontinuerligt kvalitetssäkra kompetensutvecklingen.

Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA)

En utbildning som ökar deltagarnas kunskaper om psykisk ohälsa och stärker beredskapen att möta personer med psykisk ohälsa. Det finns tre utbildare i Bromölla kommun som startade utbildningar för personal från olika verksamheter hösten år 2022. Under 2023 har en utbildning genomförts, där sex personal från olika verksamheter utbildades.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret)

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och genom detta arbete minska lidandet och öka livskvaliteten för patienten med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. I Bromölla kommun finns två certifierade utbildare som utbildar administratörer i användandet av kvalitetsregistret ute i verksamheten.

Inför delegering

All omvårdnadspersonal går en webbutbildning inför ett fysiskt utbildningstillfälle som hålls av legitimerad sjuksköterska. Ordinarie personal går utbildningen vart annat år och vikarier går varje år. Efter utbildningen sker ett skriftligt kunskapstest och en praktisk genomgång med sjuksköterska innan personalen kan få sin delegering.

Webbutbildningar

I stöd och omsorgs kvalitets- och ledningssystem (QPR) finns tillgång till webbutbildningar som ex. basal vårdhygien, social dokumentation, demens ABC. I december slöts avtal med kommunutbildningar, en digital lärportal och tanken är att allt utbildningsmaterial som används inom verksamheten ska samlas i lärportalen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) informerar på enhet

OAS ansvarar för att informera personal på enheten om planering och genomförande av den vård som beslutas gällande patienter på enheten. Detta innefattar information kring medicinska åtgärder, delaktighet på arbetsplatsträffar och kompetensutveckling i det som behövs på enheten ex. basal vårdhygien, läkemedelshantering.

Verksamhetssystem Treserva

All personal inom stöd och omsorg har behörighet till verksamhetssystem Treserva för att kunna sköta dokumentation kring patienten. I samband med behörighet får man en genomgång och har sen som stöd tillgång till digital utbildning, lathundar och manualer.

Verksamhetssystemet Alfa eCare Welfare

Alfa eCare Welfare är ett system för planering, dokumentation och signering som används inom Vård och omsorg samt Omsorg funktionsnedsättning. Modulerna hette tidigare Alfa Epsilon och SignIt. I samband med behörighet får man en genomgång och har sen som stöd tillgång till digital utbildning, lathundar och manualer.

Exorlive

Ett digitalt verktyg för träning och rehabilitering med videoövningar med tillhörande test och illustrationer. I Exorlive skapas individanpassade träningsprogram och omvårdnadspersonal kan se träningsprogrammen som film, bilder och text via system för digital signering.

Ombud

Inom stöd och omsorg finns det olika uppdrag för ombud för att kvalitetssäkra omvårdnaden inom olika områden t.ex. kost, hygien, inkontinens, demens, aktivitet och Senior Alert.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Samordnad individuell plan (SIP)

För att få patienter delaktiga i vården ska SIP göras vid inflyttning till särskilt boende, inskrivning i mobilt vårdteam eller vid förändringar i vården. Patienterna är delaktiga i planeringen och närstående bjuds in att delta. Vid en SIP planeras vården för patienten på ett strukturerat sätt och det beslutas vem som ska göra vad vid eventuell förändring i hälsotillståndet.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

Alla patienter som har kommunal hälso- och sjukvård har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska med ansvar för bedömning, planering och genomförande av den vård som beslutas. Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten.

Kontaktmannaskap

Inom stöd och omsorg har alla patienter en kontaktman för att öka möjligheten att ta tillvara sina intressen och önskemål samt för att få en ökad livskvalitet och individualiserad vård. Patientens självbestämmande respekteras och kontaktmannen ska värna om en god relation med närstående, respektera närståendes delaktighet och ansvar för vissa uppgifter. Kontaktmannen ska representera kontinuitet och trygghet för patienten. Kontinuitet är en viktig del i arbetet för att ge ökad trygghet och djupare kunskap om patienten.

Fast omsorgskontakt

Syftet med fast omsorgskontakt är att tillgodose patientens behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning för den patient som har hemtjänst. Alla patienter inom ordinärt boende som har hemtjänstinsatser, om det inte bedöms som obehövt, ska erbjudas fast omsorgskontakt. Detta erbjudande ska dokumenteras även om patienten tackar nej.

Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående kan framföra sina synpunkter och klagomål direkt till verksamheten. Om de inte vill framföra det direkt till verksamheten kan de göra det via kommunens allmänna synpunktshantering på kommunens hemsida. Inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas.

Samtycke

Samtycke till informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier och vårdgivare hämtas från patienten för att säkra vården, även samtycke för att informera närstående inhämtas. Patienten ger också samtycke till nationell patientöversikt (NPÖ) och till användande av vårdpärm. Ett samtycke kan begränsas till viss information och till vem information får lämnas. Patienten har rätt att återkalla sitt samtycke helt eller delvis när helst patienten önskar.

Kommunala pensionärsrådet (KPR)

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård träffar regelbundet KPR för att ge möjlighet till ett informations- och kunskapsutbyte mellan verksamheten och KPR.

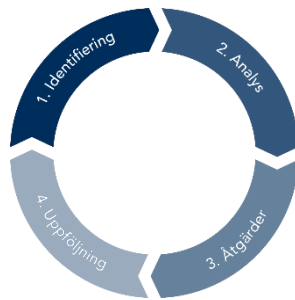
Hälsosamtal

Kommunens medborgare erbjuds det år de fyller 77 år ett kostnadsfritt hälsosamtal. Ett hembesök av distriktsjuksköterska för samtal om hälsa och vardagsliv utifrån ett frågeformulär. Vid besöket ges information, råd och stöd för fortsatt hälsofrämjande levnadssätt samt erbjuds en blodtryckskontroll.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Kvalitetsregister

Senior Alert

1. Identifiering

I det förebyggande arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior Alert gällande riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Riskbedömningarna genomförs oftast under teamträffar. Arbetet bidrar till det preventiva arbetet och är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Angivna målvärden är 75–100%.

Tabellen nedan visar resultat av riskbedömningar över en tidsperiod:

			Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
Tidsperiod	Risk- bedömningar	varav risk	... teambaserad utredning av Bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts *	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%
2021	304	273	256	94	258	95	141	51
2022	385	355	283	80	317	89	175	60
2023	399	365	270	74	307	84	218	66

Andelen utförda riskbedömningar har ökat något sedan 2022. Resultatet visar att teambaserade utredningar och planerade åtgärder har minskat något jämfört med tidigare år. Teambaserade utredningar ligger precis under målvärdet, medans planerade åtgärder ligger inom målvärdet. Andelen utförda åtgärder ökar stadigt för varje år, men når inte uppsatt målvärde.

2. Analys

Analysen visar att arbetssättet med Senior Alert pågått på enheterna och statistiken visar att ungefär lika många riskbedömningar genomförts. Den utbildare som höll i Senior Alert utbildningarna slutade våren 2023 och därav hölls inga nya utbildningar under hösten 2023. Enheterna arbetade vidare med riskbedömningarna och har fortsatt blivit bättre på att utföra och dokumentera de utförda åtgärderna som planerats.

3. Åtgärder

Kontinuerliga utbildningar till Senior Alertombud. Nya utbildare är planerade att hålla i utbildningar för Senior Alert ombud med start 2024. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheterna. Kontinuerlig strävan att teamen har optimala förutsättningar för arbetet med Senior Alert.

4. Uppföljning av åtgärd

Kontinuerliga utbildningar för Senior Alert ombud har inte genomförts under hösten då utsedd utbildare avslutade sin anställning i kommunen under våren 2023. Verksamheten har under hösten planerat och arbetat fram en ny struktur för hur utbildning till Senior Alert ombud ska genomföras. Åtgärden är fortsatt kvarstående.

Viktigt att fortsätta arbetet med den uppbyggda strukturen på teamträffar och att utbilda fler Senior Alert ombud för att bibehålla det preventiva arbetet, men även för att arbeta vidare för att nå uppsatta mål.

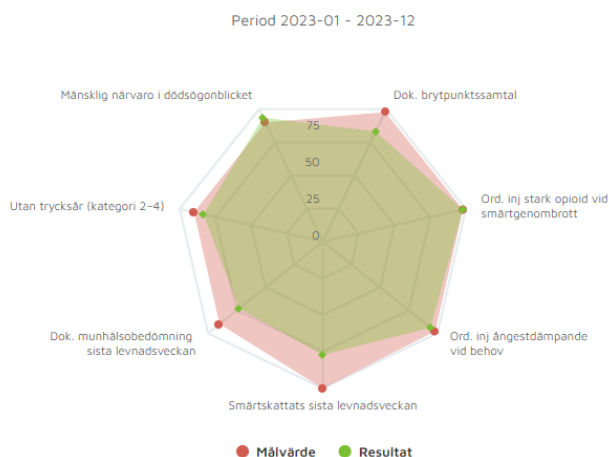
Palliativa registret

1. Identifiering

Ett nationellt kvalitetsregister som används för att förbättra vården i livets slutskede oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Sjuksköterska registrerar hur patientens vård i livets slutskede varit.

Nedan spindeldiagram visar Bromölla kommuns resultat från palliativa registret för år 2023:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Nedan tabell visar resultatet för år 2023 i jämförelse med år 2022 för Bromölla kommun samt presenterar målvärdet för respektive kvalitetsindikator. Tabellen visar även resultat för Skåne och Riket år 2023 för att visa jämförande siffror.

I Bromölla registrerades det 48 dödsfallsenkäter, i Skåne 6012 dödsfallsenkäter och i Riket 48 286 dödsfallsenkäter.

Kvalitetsindikatorer	Målvärde	Bromölla 2022	Bromölla 2023		Skåne 2023	Riket 2023
Dokumentera brytpunktssamtal	98 %	78,9	83,3	↑	83,3	81,9
Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98 %	94,7	97,9	↑	96,0	95,5
Ordination injektion ångestdämpande vid behov	98 %	94,7	93,8	↓	95,4	95,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100 %	55,3	77,1	↑	73,0	65,4
Dokumentera munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	23,7	72,9	↑	67,0	62,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90 %	94,7	83,3	↓	84,0	86,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	89,5	93,8	↑	83,7	83,0

Statistiken visar gällande de flesta kvalitetsindikatorerna på förbättrade siffror. Den visar en stor ökning kring dokumentation av munhälsobedömning under sista levnadsveckan, en ökning med nästan 50 %. De områden som visar en liten nedgång är Ordination injektion ångestdämpande vid behov samt Utan trycksår (kategori 2-4).

2. Analys

Under 2023 har sjuksköterskeorganisationen haft en genomgång av och diskussion kring kvalitetsindikatorernas betydelse och hur de ska registreras. Utbildning för baspersonal i hur de ska använda ROAG för munhälsobedömning och Abbey Pain för bedömning av smärta har under året utförts. Dessa kvalitetshöjande åtgärder har sannolikt medverkat till att siffrorna förbättrats under 2023 jämfört med 2022.

Kvalitetsindikatorerna ordination injektion ångestdämpande vid behov samt utan trycksår (kategori 2-4) visar en liten nedgång i jämförelse med antal enkäter. Det har inte framkommit

någon information under 2023 som visar på att vården i livets slutskede har försämrats.

3. Åtgärder

För att kvalitetssäkra vården i livets slut fortsätter verksamheterna att arbeta med nationell vårdplan för palliativ vård (NVP). Arbetet med att genomföra dödsfallsenkäten gemensamt i teamet fortsätter.

Enhetschefer HSL redovisar kontinuerligt resultat av kvalitetsindikatorer och för diskussioner på arbetsplatsträffar för en ökad samsyn kring palliativ vård.

Sjuksköterskor med palliativ vård som ansvarsområde kommer under 2024 att utbilda omvårdnadspersonal i palliativ vård.

4. Uppföljning av åtgärd

Nationell vårdplan för palliativ vårdplan (NVP) har under 2023 implementerats i alla verksamheter. Beroende på enheternas behov så används NVP i olika omfattning. Samtliga verksamheter har haft genomgång och diskussioner av NVP med personal.

Sjuksköterskeorganisationen har haft en genomgång av och diskussion kring kvalitetsindikatorernas betydelse och hur de ska registreras. En tydlig mall för att kvalitetssäkra dokumentation kring kvalitetsindikatorer är framtagen som vägledning för legitimerad personal att använda när de ska dokumentera vårdplan "Palliativ vård". Från den inhämtas information för att kunna registrera i Palliativa registret.

Det har under året genomförts utbildning för baspersonal i hur de ska använda ROAG för munhälsobedömning och Abbey Pain för bedömning av smärta.

Under året har en dialog påbörjats kring vikten av att dokumentera dödsfallsenkäten gemensamt i teamet på enheten för att kvalitetssäkra vården i livets slut, detta är en dialog och ett arbetssätt som verksamheten behöver fortsätta att arbeta med.

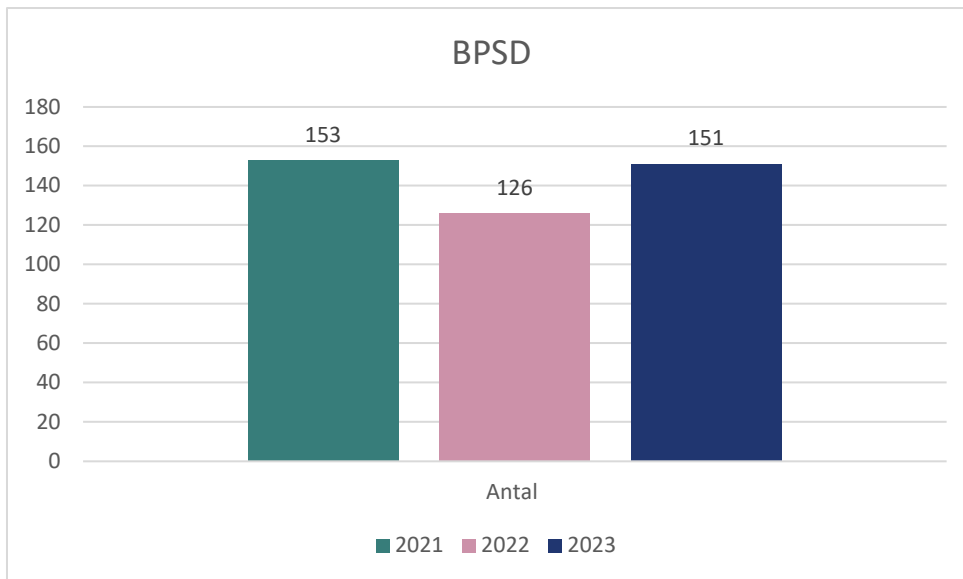
Enhetschef HSL har i stället för sjuksköterskor redovisat resultat av kvalitetsindikatorer och gemensamt planerat för hur arbetet ska gå framåt på arbetsplatsträffar under året.

BPSD

1. Identifiering

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte och mål är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) vid demenssjukdom och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom. Genom att identifiera och skatta patientens beteendemässiga och psykiska symtom vid demens med hjälp av ett skattningssinstrument (NPI-skattning, där ju högre poäng patienten har desto svårare är patients symtom) och sätta in åtgärder kan resultatet av de åtgärder som sätts in följas. Analysen visar att i de enskilda fallen ger ett personcentrerat förhållningssätt en ökad livskvalitet för patienten.

Arbetsättet har fortgått under år 2023 och resultatet visar en ökning i antal utförda registreringar. Totalt har 151 registreringar gjorts på 95 enskilda patienter.



2. Analys

Resultatet visar att fler registreringar är gjorda. Övrig statistik kring BPSD visar att kommunens siffror gällande NPI-poäng fortsatt ligger lägre än i länet och landet. Enligt fastställd rutin ska minst två NPI-skattningar göras varje år samt vid behov, statistiken kring antalet utförda registreringar tyder på att arbetet med att utföra uppföljningar utförs enligt rutin.

3. Åtgärder

Fortsätta att regelbundet hålla utbildning för administratörer samt ha administratörsträff årligen för att ge samsyn och ökad kunskap i arbetssättet med BPSD-registret.

4. Uppföljning av åtgärd

Under 2023 har utbildning av administratörer och administratörsträff genomförts.

Beslutade egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning HSL	4 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - användare	3 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - händelselogg	1 gång per månad	Protokoll
Loggkontroller NPÖ	1 gång per månad	Protokoll
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	2 gånger per år	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK	1 gång per år	PPM-databasen

Extern läkemedelsgranskning	1 gång per år	Apoex, Protokoll
Närförråd läkemedel	1 gång per år	Protokoll
Sammanställning avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Sammanställning trycksår	1 gånger per år	Senior Alert
Måltidsmätning	2 gånger per år	Protokoll
HALT	1 gång per år	Senior Alert

Journalgranskning HSL

1. Identifiering

En dokumentationsgrupp bestående av MAS, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut träffas fyra gånger per år för journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal.

Journalgranskning är ett led i kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Journalgranskningen anpassas efter behov som framkommer i diskussioner i dokumentationsgruppen.

Under våren 2023 har dokumentationsgruppen haft uppdrag att granska om där fanns palliativa vårdplaner i avlidna patienters journaler samt vilken information som stod i dem inför framtagandet av en mall som ska tydliggöra dokumentation i vårdens slutskede. I uppdragen har dokumentationsgruppen haft uppgift att kontrollera om vårdplanerna var tydliga, innehöll dokumentation om problem, utredning och mål samt om behandling fanns med. De skulle även kontrollera om vårdplanen var rätt fördelad, att uppföljning utfördes på rätt sätt och om vårdplanen avslutas korrekt med ett resultat. Efter vårens journalgranskning har en mall för palliativ vårdplan tagits fram. Under höstens första journalgranskning gjordes en uppföljning av vårens uppdrag för att kvalitetssäkra utfallet av den framtagna mallen. Ett annat uppdrag har varit att granska om där fanns tydlig dokumentation gällande överkänslighet och samtycke samt om det fanns ett aktuellt status i patientens journal.

2. Analys.

Journalgranskningen visar på ett fortsatt behov av en ökad samsyn och kunskap gällande dokumentation av palliativ vårdplan samt ett fortsatt arbete för tydlig dokumentation gällande överkänslighet och samtycke samt att det finns aktuella status i patientens journal. En mall för vad en palliativ vårdplan ska innehålla har tagits fram och har börjat användas inom verksamheten. Journalgranskningen visar att efter införandet har vårdplanerna blivit tydligare. Verksamheten behöver ha en lärande organisation där man regelbundet diskuterar dokumentation för att på så sätt kvalitetssäkra uppgifter i patientens journal för att kunna ge patienten en adekvat vård.

3. Åtgärder

Åtgärder planeras och genomförs kontinuerligt efter journalgranskningen utförts på de områden som berörs. Återkoppling sker till OAS om det finns ett behov av att revidera och/eller tydliggöra information i en patients journal. Efter varje journalgranskning sker även återkoppling till hela arbetsgruppen. Fortsatta diskussioner ska ske regelbundet i verksamheten gällande dokumentation för att säkerhetsställa patientsäkerheten.

4. Uppföljning av åtgärd

Arbetet med journalgranskning behöver ske löpande för att utveckla och kvalitetssäkra dokumentationen.

Loggkontroller

1. Identifiering

Syfte med den systematiska loggkontrollen är att granska att den enskildes integritet säkerställs (HSLF-FS 2016:40, SOSFS 2014:5, SOSFS 2011:9, SFS 2008:355). När loggkontroller utförs på förekommen anledning kan loggarna även granskas utifrån dokumentationsskyldighet enligt gällande författning och regelverk.

Loggkontroller i verksamhetssystemet ska enligt rutin utföras tre gånger per år gällande användare och en gång per månad gällande händelselogg. Loggkontroller gällande användare syftar till att säkra att användarkonton som inte längre ska vara aktiva i verksamhetssystemet stängs ner/ avaktiveras. Loggkontroller gällande händelselogg utförs för att granska att tillgång till journaluppgifter används enligt gällande författning och regelverk. Loggkontroll nationell patientöversikt (NPÖ) utförs en gång per månad för att säkerhetsställa tillvägagångssättet för uttag som hämtas/tas fram från Ineras Säkerhetstjänst. Det som granskas är om det finns samtycke och aktuell vårdrelation registrerad i patientens journal.

Loggkontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig eller utebliven användning av verksamhetssystemen samt säkerhetsställa att inga överträdelser gällande patientinformation förekommit.

Under 2023 har systematiskt loggkontroll i verksamhetssystemet utförts enligt rutin, dock i mindre utsträckning än beslutad omfattning och istället har riktade loggkontroller utförts. Kontrollerna som utförts gällande händelselogg har varit utan anmärkning och kontrollen gällande användare visar att det förekommer att behörigheter i verksamhetssystemet inte är avslutade.

Loggkontroller NPÖ har utförts varje månad med enstaka träffar där legitimerad personal läst i NPÖ utan aktuellt samtycke från patient. I dessa fall har samtycke tidigare funnits, men ej förnyats i tid. Enhetschef HSL pratar med berörd personal när detta upptäcks.

2. Analys

Loggkontrollerna i verksamhetssystemet har inte utförts enligt beslutad omfattning och detta är något som behövs ses över för att säkerhetsställa den enskildes integritet. Vid uttag av loggkontroll enligt befintlig rutin gör behörigheterna i verksamhetssystemet det otydligt att se var personal har sin grundanställning och därmed vilken ansvarig chef som ska granska loggkontrollen. Riktade loggkontroller på uppdrag av verksamhet har utförts löpande under året. Dessa loggkontroller tas ut och granskas enligt fastställd rutin.

Loggkontroll NPÖ har i enstaka fall visat att legitimerad personal inte har kontrollerat att det fanns ett aktuellt samtycke innan inloggning i NPÖ och har därmed tagit del av uppgifter om patient utan samtycke till det.

3. Åtgärder

Systemförvaltare för verksamhetssystemet ska se över rutin för utförande av loggkontroll som även inkluderar nytt verksamhetssystem.

Loggkontroll NPÖ ska kontrolleras av enhetschef HSL som pratar med berörd legitimerad

personal vid överträdelse. Legitimerad personal ska följa upp de samtycken som patienten gett och som dokumenterats i verksamhetsjournalen.

Rutin samt struktur för systematisk loggkontroll både i verksamhetssystem samt NPÖ ska revideras. För att kvalitetssäkra den egna verksamheten behöver verksamheten själv utföra och granska loggkontroller.

4. Uppföljning av åtgärd

Systemförvaltare för verksamhetssystemet har påbörjat arbete med att se över utförandet av loggkontroll, men översyn är inte färdigställt. Detta arbete fortsätter under 2024 och behöver även inkludera loggkontroller gällande nytt verksamhetssystem.

Loggkontroll NPÖ har genomförts enligt rutin och ansvarig enhetschef har vid behov pratat med berörd legitimerad personal.

Checklista för kvalitet och patientsäkerhet

1. Identifiering

Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genomförs som en del i den kommungemensamma internkontroll som utförs årligen. Checklistan är en form av egenkontroll som respektive enhet fyller i och analyser utförs på ledningsnivå för att kvalitetssäkra verksamheten. Checklistan genomförs och analyseras i samverkan i teamet två gånger per år på enheten, därefter analyseras resultaten och åtgärdsplan tas fram på verksamhetsnivå samt i övergripande nivå inom Stöd och omsorg. Under 2024 ska en översyn av verksamhetens egenkontroll och kommunövergripande interkontroll utföras.

Under året har verksamheterna utfört checklistan enligt rutin. Resultaten presenteras i internkontrollen. Det som fortfarande framkommer är att upplägget i kvalitets och ledningssystemet (QPR) behöver bli mer strukturerat och användarvänligt för att användandet av QPR ska öka. Resultat från checklistan visade att en rutin för journalgranskning SoL/LSS behövde utarbetas för att verksamheterna ska kunna utföra journalgranskningar. Under året har en rutin utarbetats och implementering påbörjats.

2. Analys

Verksamheterna utför checklistan i samverkansforum för att på så vis kunna uppmärksamma områden inom verksamheten som behöver förbättras. För att kunna fånga upp olika förbättringsområden som finns på enhetsnivå inom en verksamhet så sammanställer ansvarig funktionschef resultat och analys för sin verksamhet för att i nästa steg göra en gemensam analys inom alla verksamheterna i Stöd och omsorg. Detta för att gemensamma kvalitetssatsningar ska kunna utföras över olika verksamhetsområden och verksamheterna ska kunna få bättre förutsättningar till att utföra kvalitetshöjningar i sina enskilda enheter och verksamheter. Årets analyser har visat på områden där det gemensamt behöver utföras åtgärder för att kvalitetssäkra verksamheten.

3. Åtgärder

En grundläggande förutsättning för att arbeta med kvalitets- och patientsäkerheten är ett fortsatt arbete med egenkontroll.

Under 2024 ska QPR fortsätta att utvecklas för att bli ett tydligt och användarvänligt kvalitets- och ledningssystem som i en lärandeprocess utvecklar verksamheten.

4. Uppföljning av åtgärd

Checklista för systematisk uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har genomförts

under år 2023. Under året har en arbetsgrupp tillsatts för att se över upplägget för QPR och hur användandet kan ökas. Arbetet är påbörjat och fortsätter under 2024. En rutin för journalgranskning SoL/LSS samt granskningsmall har tagits fram och implementering är påbörjad. Ledningsteam har fortsatt arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Under sommaren 2023 har en översyn gällande avvikelshantering genomförts och registrering av avvikelser har förändrats. Arbetet med att implementera Individens behov i centrum (IBIC) har under året återupptagits, utbildning till handläggare har genomförts och ny uppstart av handläggning enligt IBIC påbörjas första kvartalet 2024.

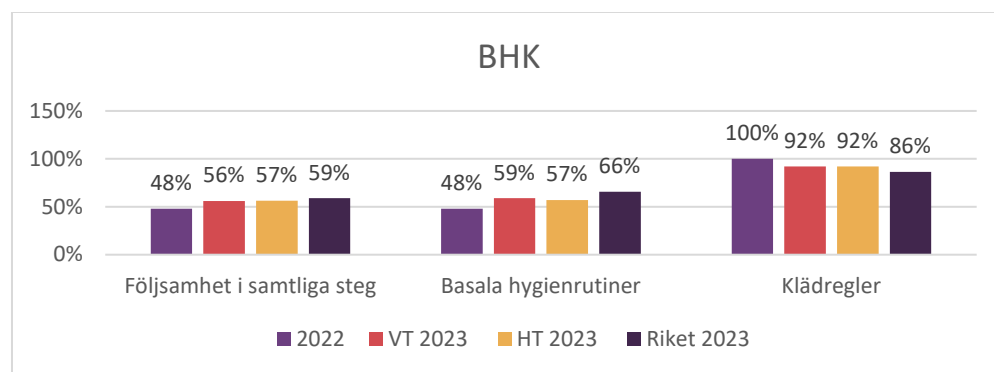
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

1. Identifiering

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Målvärdet är 100 %. Observationsstudier utförs av personal i arbetet med nära vård och omsorg exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) för regioner och kommuner genomförs en gång om året på våren. 158 av landets 290 kommuner deltog år 2023 när mätningen genomfördes vecka 11–12. Under våren gjorde enheternas hygienombud totalt 182 observationer i verksamheten. Följsamheten till kläder uppnådde 92 % och följsamheten till basala hygienrutiner var under våren 59 %. Under hösten gjordes en egen mätning i kommunen. Enheternas hygienombud registrerade totalt 168 observationer i verksamheten. Följsamheten till kläder uppnådde 92 % och följsamheten till basala hygienrutiner var under hösten 57 %.

Den nationella punktprevalensmätningen upphör från 2024, men kommunen planerar att fortsätta med egna mätningar.

Tabellen nedan visar resultatet:



2. Analys

Efter ändring av arbetssätt där hygienombud på enheterna gör observationerna har fler observationer utförts. Utfallet av resultatet tyder på att hygienombuden har angett sanningsenliga svar även om det indikerat på ett sämre resultat från enheten. De har på så vis strävat efter en kvalitetssäkring inom verksamheten. Analysen av observationerna visar att följsamheten till att desinficera händerna före omvårdnadsnära arbete inte utförs enligt basala hygienrutiner. Analysen visar att det fortsatt finns förbättringsområden gällande basal vårdhygien och följsamhet till basala hygienrutiner. Analysen visar att kommunens resultat ligger i ungefär samma nivå som rikets.

3. Åtgärder

Den nationella PPM- BHK mätningen avvecklades i slutet av 2023 och för att säkerställa följsamheten till basal vårdhygien planerar verksamheten att fortsätta utföra mätningar i egen regi. Inom verksamheter där mätning inte utförs kommer egenkontroll gällande basal vårdhygien att genomföras. Egenkontroll innebär att personal gör en självskattning enligt en blankett.

Vård och omsorg ska årligen genomföra en vårdhygienisk egenkontroll för strukturerad genomgång av verksamheten för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Vårdhygienisk egenkontroll är avsedd att användas som stöd till verksamheten för att säkerställa god vårdhygienisk kvalitet.

Information kring basala hygienrutiner ska fortsatt informeras ut via mejl, veckobrev, arbetsplatsträffar och utbildning. All ny omvårdnadspersonal ska gå en webbutbildning i basal vårdhygien enligt checklista nyanställd personal. Under våren 2024 ska en digital lärportal införas och via den ska personal genomföra webbutbildning för basal hygien enligt fastställd planering.

4. Uppföljning av åtgärd

Verksamheten har deltagit i nationella mätningen PPM-BHK under våren och har haft en egen mätning under hösten gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Verksamheten planerar att fortsätta genomföra dessa mätningar i egen regi.

Fortsatt information kring basal vårdhygien pågår i verksamheten på olika sätt.

All omvårdnadspersonal går årligen samt vid nyanställning webbutbildning i basal vårdhygien.

Ny rutin kring förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten implementerades hösten 2023. Den nya rutinen innebär att hygienombud på enheten genomför 10 observationer vid angiven tidpunkt för att se verksamhetens följsamhet till basal vårdhygien och registrerar resultatet. Inom verksamheter där observationer inte genomförs ansvarar hygienombuden för att tillsammans med sina kollegor göra en egenkontroll.

Extern läkemedelsgranskning

1. Identifiering

Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd säkerställa att hanteringen av läkemedel i verksamheten regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. Den externa kvalitetsgranskningen bör utföras minst en gång per år. I granskningen deltar apotekare, MAS, OAS, omvårdnadspersonal samt enhetschef på enheten. Granskningen resulterar i att enheten ska skriva en åtgärdsplan gällande de förbättringsområden som framkommer under granskningen. Åtgärdsplanen återkopplas till apotekare och MAS.

Under våren 2023 granskades hälften av kommunens enheter inom Vård och omsorg samt funktionsnedsättning, de som kvarstod från granskningen som gjordes hösten år 2022. Granskningen visade ett fortsatt behov av att säkra upp att läkemedelsskåpen inte används till annat än läkemedel samt att hållbarhetskontroll och städning av läkemedelsskåpen genomförs enligt rutin. Under hösten 2023 gjordes uppföljningar kring läkemedelshantering på samtliga enheter i form av ett digitalt möte där apotekare, OAS, enhetschef samt MAS deltog.

2. Analys

Vårens granskning visade ett fortsatt behov av att säkra upp att läkemedelsskåpen inte används till annat än läkemedel samt att hållbarhetskontroll och städning av läkemedelsskåpen genomförs. Fortsatt information kring läkemedelshantering behövs regelbundet på enheterna för att få en följsamhet till rutin för läkemedelshantering.

Under höstens granskning gjordes en uppföljning av den åtgärdsplan som skapades gällande de förbättringsområden som framkom vid den fysiska läkemedelsgranskningen. Alla enheter visade på att åtgärderna genomförts.

3. Åtgärder

Rutin för läkemedelshantering har reviderats, informerats om och publicerats på QPR. Rutin för läkemedelshantering ska regelbundet diskuteras på enheterna för att säkra läkemedelshantering.

Lokal läkemedelshanteringsplan som beskriver hur enheten praktiskt ska arbeta med läkemedelshantering ska revideras årligen alternativt vid behov.

Fortsatt införande av digitala läkemedelskåp.

Extern läkemedelsgranskning planeras enligt avtal att genomföras under 2024 på hälften av kommunens enheter, resterande våren 2025, för att sedan göra uppföljning på enheternas åtgärder hösten 2025.

4. Uppföljning av åtgärd

Rutin för läkemedelshantering uppdateras regelbundet samt vid behov. Alla enheter har skrivit en lokal läkemedelshanteringsplan som beskriver hur enheten praktiskt ska arbeta med läkemedelshantering.

Vårdpärm har under våren 2023 delats upp till två olika pärmar, enligt planerad åtgärd.

Uppföljning av förändringen visar att personal upplever det enklare och säkrare att sköta läkemedelshantering samt säkrar att enbart personal med delegering har åtkomst till läkemedelspärmen. Blanketter för signeringslistor blev förtydligade med namnförtydligande på varje blanketts baksida. Under hösten infördes digital signering, men blanketterna finns kvar för användning när åtkomst till digital signering saknas.

Enligt beslut har extern läkemedelsgranskning genomfört samt en uppföljning.

Under 2023 öppnades ett nybyggt särskilt boende upp som är utrustat med digitala läkemedelsskåp. Fortsatt införande av digitala läkemedelsskåp under 2024.

Närförråd läkemedel

1. Identifiering

Det finns lokala närförråd med läkemedel på de särskilda boendena Lagunen, Brogården och Öllerbacka. Utsedd sjuksköterska är ansvarig för skötsel av närförråd enligt riktlinjerna för ordination utifrån generella direktiv till hemsjukvården. Det finns även viss mängd läkemedel från basläkemedelsförrådet i närförrådet. Granskning av kommunens närförråd utförs årligen av MAS.

Granskningen som genomfördes under våren år 2023 visade inte på några brister som påverkar läkemedelshantering och därmed patientsäkerheten. Det framkom mindre förbättringsområden som kan medföra ytterligare kvalitetssäkring kring läkemedelshantering. Diskussioner förekom under granskningen gällande

temperaturförhållanden i läkemedelsförråd, hur den ska regleras och säkerställas även under varmare årstid.

2. Analys

Analysen av granskningen visar på att närförråden sköts enligt de rutiner som finns framtagna. De förbättringsområden som framkom under granskningen blev åtgärdade omedelbart. Viktigt att tempkontroller genomförs enligt rutin för att upptäcka temperaturer över 25 grader i ett tidigt skede för att snabbt utföra åtgärder.

3. Åtgärder

Fortsatt granskning enligt rutin en gång per år.

Följsamhet till rutin för läkemedelshantering för kvalitetssäkring av läkemedelshantering.

4. Uppföljning av åtgärd

Granskning av närförråd genomfördes enligt rutin. Framkomna förbättringsområden åtgärdades efter granskning.

Sammanställning avvikelser

1. Identifiering

Vårdgivaren är skyldig att säkerställa rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt uppkomna fel och brister i verksamheten. Vårdgivaren är även skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) samt socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (2017:40). All personal i verksamheten har ansvar och en skyldighet att identifiera och rapportera avvikelser. För att lära av dessa händelser och finna vägar för att minska sannolikheten för upprepning och/eller minska konsekvenserna vid en upprepning krävs en systematisk uppföljning av konsekvenserna. Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Aktuella avvikelser analyseras i olika interna samverkansforum som teamträffar, i ledningsteam och ibland även på arbetsplatsträffar.

Under året har tre avvikelser lett till utökad händelseanalys, dessa har handlat om sårbehandling, kommunikation/informationsbrist samt felaktigt utförd omläggning och injektion. En bedömdes så allvarlig att den Lex Maria anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Enligt IVO:s beslut framstod händelseanalys samt vidtagna åtgärder som rimliga och adekvata. IVO avslutade ärendet utan ytterligare åtgärder.

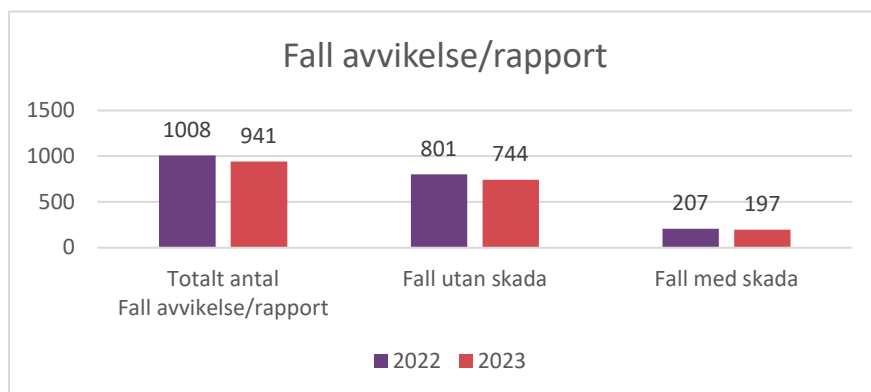
Verksamheten har inte haft något tillbud med medicinskt teknisk produkt som lämnats in till Läkemedelsverket.

Redovisning av externa avvikelser:

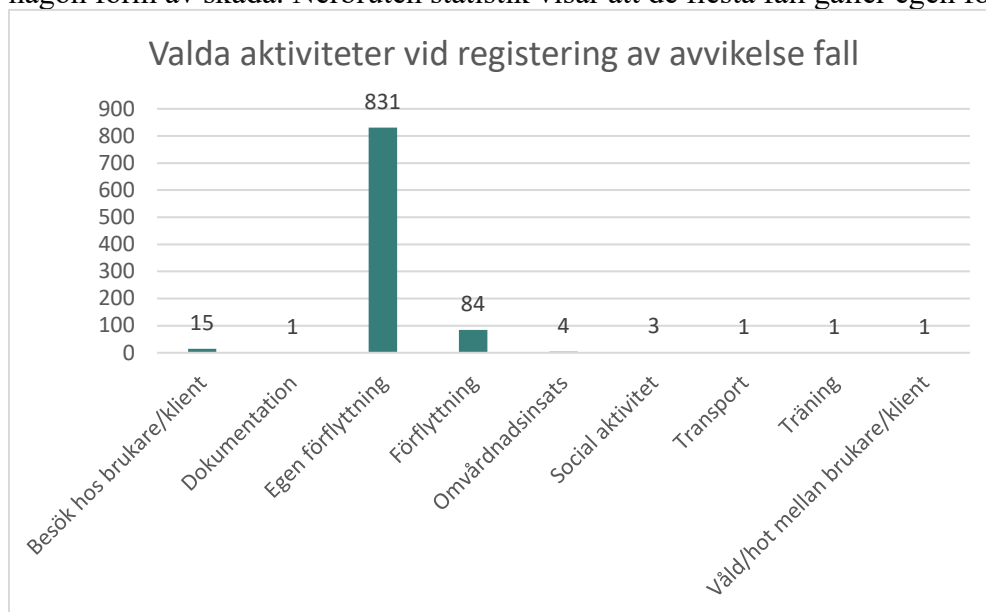
Under året har 13 avvikelser skickats till externa vårdgivare gällande informationsöverföring, läkemedelshantering och brist i utförande av insatser. Kommunen har mottagit och besvarat sex avvikelser från externa vårdgivare. Dessa har handlat om informationsöverföring, felaktig behandling samt läkemedelshantering.

Övervägande delen av rapporterade risker och händelser från verksamheten gäller läkemedelshantering och fall. Det är de områden som tydligast förknippas med patientsäkerhet och därav är de områden som presenteras.

Fördelning av fallrapporter och läkemedelsavvikelser beskrivs i tabellerna nedan. Först presenteras området fallavvikelse/rapport som visas i två olika tabeller, på totalen samt nerbruten för att tydliggöra valda aktiviteter vid registrering.

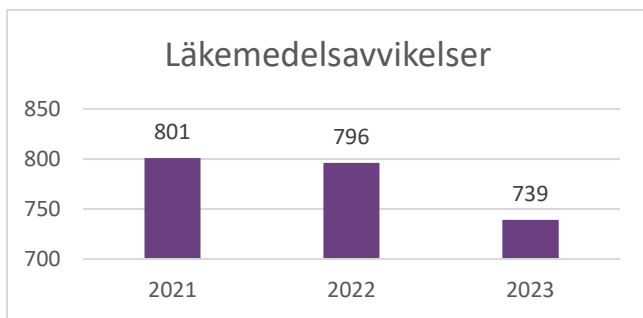


Fallrapporterna inkluderar alla händelser där patienten är inblandad i någon form av fall, ex. urkasning från stol eller dylikt. Av totalt 941 fall var 744 fall utan skada och 197 fall med någon form av skada. Nerbruten statistik visar att de flesta fall gäller egen förflyttning.



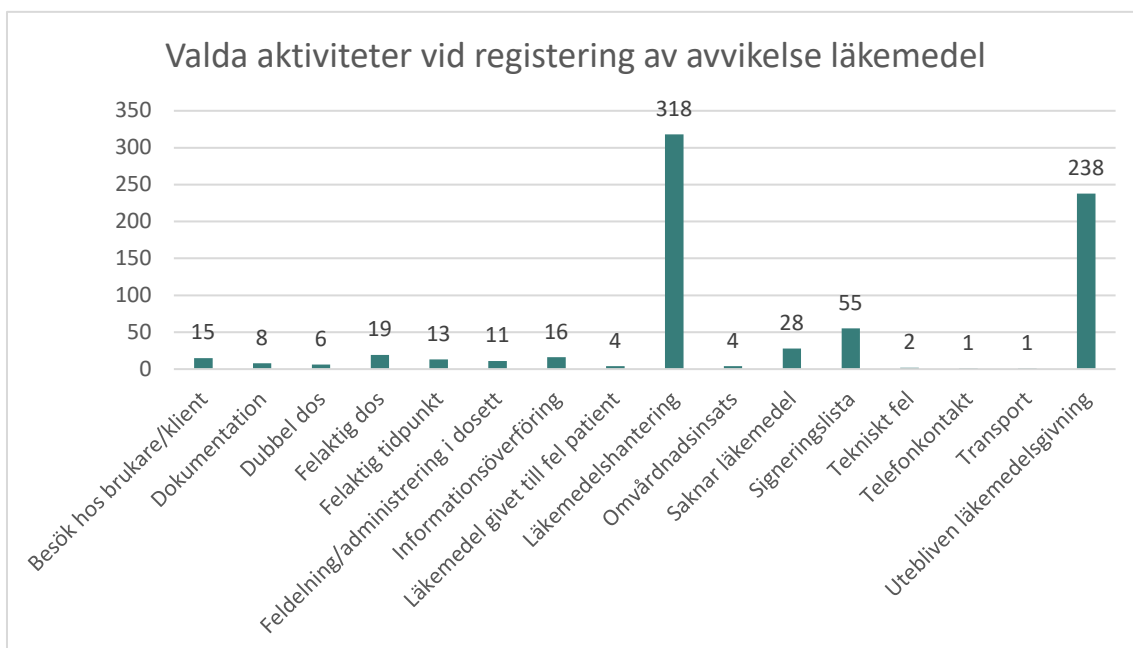
Det var 105 unika patienter som representerade fallen, av dessa var det ingen stor skillnad mellan man och kvinna. Vissa enheter hade fler fallrapporter vilket kan bero på målgruppen. De flesta fallen sker inom Vård och omsorg. Avvikelserna gällande fall har minskat.

Läkemedelsavvikelser visas i två olika tabeller, på totalen samt nerbruten för att tydliggöra valda aktiviteter vid registrering.



Totalt var det 739 avvikelser registrerade gällande läkemedelshantering på 102 unika patienter, av dessa var det ingen stor skillnad mellan man och kvinna. De flesta registrerades inom Vård och omsorg på särskilt boende. Om man ser till förra årets resultat har läkemedelsavvikelserna minskat.

Under juni månad så infördes det nya och tydligare aktiviteter att välja vid registrering av avvikelse. Detta för att tydliggöra orsaken till avvikelsen och därmed underlätta vid analys- och åtgärdsarbetet. Möjligheten till att använda aktiviteten läkemedelshantering begränsades och personal behöver välja en specifik aktivitet för att tydliggöra vad avvikelsen handlar om.



2. Analys

Gällande de avvikelser som kommunen mottagit från externa vårdgivare har händelseanalyser genomförts med berörd personal och enhet. Det har inte framkommit några uppgifter i dessa analyser som visat på för allvarlig skada för patienten.

Statistiken visar att verksamheten arbetar aktivt med att all personal ska registrera avvikande händelser. Analys av avvikelserregistrering visar att det förekommer felregistrerade avvikelser samt ofullständigt ifyllda avvikelserregistreringar och dessa leder till att korrekt statistik och analys inte kan utföras på ett kvalitetssäkrande sätt.

Verksamheten gör analyser av de avvikande händelserna som registrerats i olika samverkansformer, men dokumentationen kring analysen behöver förbättras för att ytterligare kvalitetssäkra analysarbetet.

Efter förändringen gällande avvikeleregistrering så är valen av aktiviteter mer relevanta för det valda avvikelseområdet vilket leder till att analysarbetet av händelsen tydliggörs. Förändringen innebär att det blir tydligare för personal vad och hur de ska registrera samt tydligare för enhetschef vad som har avvikit och vilka åtgärder som därmed är relevanta. Genom tydligare dokumentation av en avvikande händelse kan verksamheten därmed öka patientsäkerheten.

Registrerad aktivitet egen förflyttning indikerar på att det är patienten själv som förflyttat sig, medan aktiviteten förflyttning används när personal är delaktig vid förflyttningen. Analys av de 941 registrerade fallavvikelserna visar att 831 fall berodde på patientens egna förflyttning och förflyttning stod för 84 avvikelser.

I fördjupad analys av avvikelser gällande aktiviteten förflyttning visar 54 av dessa avvikelser att det var registrerat att patienten inte var ensam vid händelsen eller att det inte var relevant för händelsen. Den enskildes agerande var registrerat som avvikelseorsak i 30 av dessa avvikelser, i en var avvikelseorsaken brist i omvårdnad och i 23 var avvikelseorsaken inte ifylld.

Analys av läkemedelsavvikelserna visar att under första halvåret valdes aktiviteten läkemedelshantering i de flesta läkemedelsavvikelserna vilket inte gav någon tydlig indikation på vad avvikelserna handlade om. Under andra halvåret, när förändringen i valmöjligheterna kring val av avvikelseaktivitet var utförd tydliggjordes vad avvikelserna handlade om. Detta har gett möjligheten att analysera på ett bättre sätt. Statistiken indikerar på att den mest valda avvikelseaktiviteten är utebliven läkemedelsgivning och därefter signeringslista. Genom att få denna tydligare statistik kan åtgärder riktas på ett mer effektivare sätt.

Genom att ge personalen förutsättningar att använda signeringslista med digital signering där de tydligt kan se när läkemedel ska administreras ökas förutsättningarna för att läkemedel inte ska utebli. I verktyget för digital signering kan personal i arbetsgruppen, enhetschef samt legitimerad personal tydligt se om/när läkemedlet ges, av vem samt om det har uteblivit. Genom att införa läkemedelsautomater skapas en ökad trygghet och självständighet för patienten i vardagen. Läkemedelsautomaten signalerar till patient samt till personal om patienten har missat att ta sina läkemedel, detta kan leda till minskat antal avvikelser relaterad till missad dos.

3. Åtgärder

Utbildning kring registrering och analys av avvikelser behöver genomföras i verksamheten för att avvikeleregistreringen samt analysarbetet ska bli korrekt.

Fortsatt arbete med avvikelseanalys ska ske i verksamhetens olika samverkansforum.

Enhetschefer och legitimerad personal ska fortsatt ha dialog kring avvikelser samt ha samtal med berörd personal vid behov.

Fortsatt översyn och revidering av rutin för avvikeleregistrering.

Fortsatt implementering av digital signering i resterande verksamheter våren 2024.

Implementering av läkemedelsautomat för att öka självständigheten hos patienter som är i behov av stöd vid läkemedelshantering.

4. Uppföljning av åtgärd

Arbetet med analysarbete av avvikelser i verksamhetens olika samverkansforum har pågått kontinuerligt under året. Åtgärd med att lägga in nya avvikelseområden i verksamhetssystemet genomfördes i juni 2023. Översyn av rutin för avvikelserregistrering är påbörjan och är under omarbetning för att kvalitetssäkra olika aspekter kring avvikelshanteringen.

Projekt gällande uppdelning av en vårdpärm till en läkemedelspärm och en SoL/HSL pärm genomförd.

Under sista kvartalet 2023 infördes digital signering gällande HSL insatser inom Vård och omsorg, i resterande verksamheter införs digital signering under våren 2024.

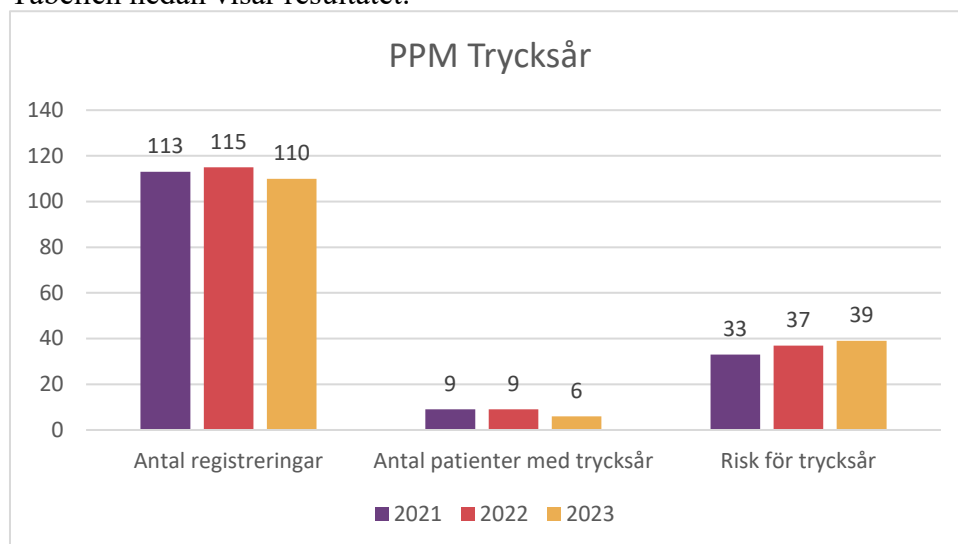
Sammanställning trycksår

1. Identifiering

Punktprevalensmätningen (PPM) avseende trycksår sker en gång om året. Syftet är att kartlägga risk för och förekomst av trycksår hos patienter och resultatet ska användas för förbättringsarbete beträffande riskbedömning, åtgärder och dokumentation. Mätningen genomförs genom att en hudbedömning utförs och registreras på alla patienter som bor på särskilt boende och där det finns en registrering i Senior Alert. Mätningen innebär att Senior Alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna patienter på enheten på ett angivet datum. Datauttaget visar riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår. Såren mäts i kategori 1–4, från lättare skador som rodnad i huden till mer djupare sår.

PPM-mätningen genomfördes den 16 nov år 2023. Resultatet visade på att 110 registreringar gjorts, varav 68 gällde kvinnor och 42 gällde män. Antal registreringar som visade att patienten hade trycksår var 6 och det fanns 39 registreringar där patienten hade risk för trycksår.

Tabellen nedan visar resultatet:



2. Analys

Resultatet visar att antalet registreringar varit på samma nivå de senaste åren vilket indikerar att bedömningar genomförs på de patienter som bor på våra särskilda boende som fått en registrering i Senior Alert. Resultatet visar att det finns patienter med trycksår och antalet har minskat sedan föregående år. Det är svårt att utläsa något annat än att förebyggande arbete pågår och kan vara en bidragande faktor till att inte fler patienter utvecklat trycksår.

Andelen med risk för trycksår har ökat något, men det går inte att utläsa om det beror på att verksamheten blivit bättre på att uppmärksamma risk för trycksår eller om verksamheten har blivit bättre på att registrera i Senior Alert då de riskbedömningarna har ökat och det är därifrån statistiken för risk för trycksår registreras.

3. Åtgärder

Verksamheten ska fortsätta att arbeta preventivt genom fortsatt deltagande i PPM trycksår för att kunna analysera och använda resultaten till fortsatta förbättringsarbeten gällande trycksår.

4. Uppföljning av åtgärd

Medverkande i punktprevalensmätningen trycksår år 2023 har genomförts.

Måltidsmätning

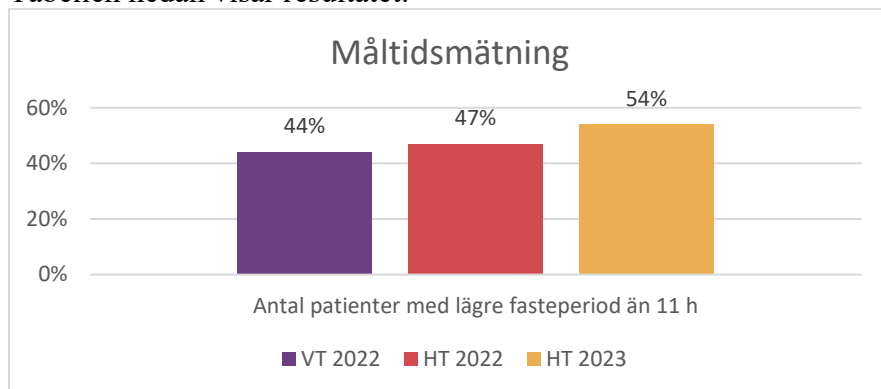
1. Identifiering

Måltidsmätning genomförs med en enkätundersökning för att undersöka fasteperiodens varighet för att få en övergripande bild på kvalitén i nutritionsarbetet ute i verksamheterna. Socialstyrelsen och Livsmedelsverkets råd och rekommendationer är att nattfastan ska vara lägre än 11 timmar för patienter som bor på särskilt boende. En längre fasteperiod gör det svårt för patienten att hinna tillgodose sitt energi- och näringsbehov och riskerar till följd av det undernäring. Fasteperioden kan även beskrivas som dygnsfasta med den längsta tid mellan två måltider.

Våren 2023 genomfördes ingen mätning eftersom mätningen hösten 2022 skedde sent på året. Översyn gällande processen kring måltidsmätning genomfördes under våren 2023 relaterat till förändringar i registrering av måltidsmätning. En måltidsmätning utfördes på hösten.

Hösten 2023 utfördes 121 måltidsmätningar, av dessa bryter 28 patienter måltidsfastan själv med egen mat eller dryck, har enteral nutrition (sondnäring) och vid vård i livets slut. Av de utförda måltidsmätningarna uppnådde 65 patienter (54 %) en fasteperiod på maximalt 11 timmar på kommunens särskilda boende. Hälften av deltagarna hade fortsatt en fasteperiod på över 11 timmar.

Tabellen nedan visar resultatet:



2. Analys

Analysen av mätningen visar att enheterna har genomfört måltidsmätningen på alla patienter som bodde på särskilt boende aktuellt datum. Måltidsmätningen visar att cirka hälften av patienterna på särskilt boende har lägre fasteperiod än 11 timmar. Under det dygn som måltidsmätningen skedde erbjöds i genomsnitt 5-7 måltider till patienten. Statistiken visar att flera enheter med inriktning demens hade längre fasteperiod än 11 timmar.

3. Åtgärder

Verksamheten ska fortsätta att genomföra måltidsmätningar 2 gånger per år.

Fortsätta arbeta proaktivt för att minska fasteperioden för alla patienter.

Utbildningar till omvårdnadspersonal för ökad kunskap kring nutrition och fasteperiod.

4. Uppföljning av åtgärd

Under året 2023 har programvaran för enkäten som användes vid registrering av måltidsmätning sagts upp av kommunen då det inte användes i tillräckligt stor omfattning.

Nytt förfaringsätt gällande registrering togs fram inför höstens måltidsmätning.

Dietisten avslutade sin tjänst under våren och därmed har inte några utbildningar utförts.

HALT

1. Identifiering

Svenska HALT är en punktprevalensmätning gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning hos patienter. Riskfaktorer som avses är bl.a. urinkateter, kärlkateter, andra sår och trycksår. Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska spridning och uppkomst av antibiotikaresistenta bakterier anses både nationellt och internationellt som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

En stickprovsundersökning utförs på en förutbestämd dag på särskilt boende. Det särskilda boendet behöver vara en registrerande enhet i Senior Alert. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior Alert och Nationella Strama med syfte att stödja och stimulera kvalitetsarbete kring vårdrelaterade infektioner.

Mätningen genomfördes på en för enheten valfri dag under vecka 46 - 47 hösten 2023 på kommunens särskilda boenden. Totalt bedömdes 102 patienter, fördelat på 60 kvinnor och 42 män.

Resultatet av mätningen visade att fyra patienter hade behandling med antibiotika och en av dem hade antibiotika i profylaktiskt syfte. Det innebär att antibiotika har förskrivits för att

förebygga uppkomsten av infektion och att patienten inte visade symtom på en infektion när behandlingen förskrevs. De riskfaktorer som framkommer är urinkateter samt andra sår.

2. Analys

Under året har något färre patienter registrerats i Svenska HALT mätningen jämfört med 2022. Enligt statistiken har nästan alla patienter på de särskilt boendeplatser som var belagda aktuella veckor blivit registrerade. Det man kan utläsa av statistiken är att det finns medicinsk orsak till att antibiotikabehandling sätts in och att det inte används i fler fall än nödvändigt. Inget i statistiken indikerar på att de förekommande infektionerna är vårdrelaterade. Statistiken går att bryta ner mer detaljerat, men blir då otydligare i sitt resultat, detta kan tyda på att man tolkar registreringsförfarandet olika och därmed registrerar olika.

3. Åtgärder

Fortsatt medverkande i punktprevalensmätningen HALT för att öka medvetenheten inom området VRI, identifiera riskfaktorer och därmed utveckla patientsäkerheten inom särskilt boende.

Inför höstens punktprevalensmätning HALT ha en genomgång av förfaringssättet kring registreringen med berörda sjuksköterskor för att få en enhetlig registrering och samsyn i vad som registreras.

4. Uppföljning av åtgärd

Medverkande i punktprevalensmätningen HALT år 2023 har genomförts.

Kompetens

1. Identifiering

Föregående års identifiering konstaterade vikten av att ha ett samlat verksamhetsövergripande perspektiv på kompetenshöjning. Genom att ha en övergripande insyn i vilka utbildningsbehov som förekommer i verksamheterna samt vilka utbildningssatsningar som genomförs kan verksamheterna ta hjälp av och stödja varandra i kompetensutvecklingen.

2. Analys

Ett samlat verksamhetsövergripande perspektiv om verksamhetens olika behov kan leda till en tydligare gemensam planering av kompetensförsörjning. Med ett övergripande perspektiv kring verksamhetens behov och vilken intern kompetens som finns kan verksamheternas behov på ett mer effektivt sätt tillgodoses. Kompetensförsörjning kan ske både genom extern och intern utbildning. Genom att ta vara på intern kompetens och sprida den kompetensen inom verksamheten kan vissa utbildningsbehov mötas med intern utbildning.

3. Åtgärder

Utbildningssatsningar inom verksamhetens identifierade områden kommer att ske på olika vis baserat på områdets karaktär och verksamhetens behov.

Fortsatt implementering av digital lärportal med olika utbildningspaket och riktade utbildningar som möter verksamheternas olika behov. Användaren får dessutom tillgång lärportalens alla utbildningar.

4. Uppföljning av åtgärd

Under året har utbildningssatsningar utförts inom olika områden utifrån verksamheternas identifierade behov. En gemensam kompetenshöjande satsning som beslutades under året var

att upphandla och påbörja införandet av en digital lärportal som tillhandahåller ett flertal olika webb utbildningar inom olika yrkesområden.

IVO granskning

1. Identifiering

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under pandemin en särskild tillsyn av medicinsk vård och behandling vid landets särskilda boenden för äldre (säbo). Denna ledde till en fördjupad tillsyn gällande medicinsk vård och behandling för äldre på säbo. Syftet med tillsynen var att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på säbo. Utifrån IVO:s beslut skulle kommunen redovisa åtgärder för brister i områdena individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

2. Analys

En åtgärdsplan som visade vilka åtgärder som genomförts eller skulle genomföras samt hur och när effekterna planerades att följas upp lämnades in till IVO gällande de brister som framkommit i IVO:s granskning.

Återkopplingen från IVO var att nämnden redovisat adekvata åtgärder. Åtgärdsarbetet i verksamheten fortgår enligt den åtgärdsplan som lämnades in.

3. Åtgärder

Verksamhetens arbete fortskrider avseende de åtgärder och uppföljning som framkommit i åtgärdsplanen.

4. Uppföljning av åtgärd

I beslut från IVO 2023-05-31 var IVO:s bedömning att nämnden redovisat adekvata åtgärder inom områdena individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede och avslutade därmed ärendet.

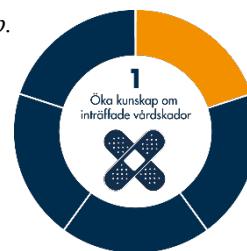
PRIORITERADE FOKUSOMRÅDEN - NATIONELL HANDLINGSPLAN



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

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



Har vården varit säker

MAS använder sig av en händelseanalys för att få fram en helhetsbild av avvikelserna. Händelseanalysen genomförs genom att beskriva händelseförloppet, göra bedömning enligt riskmatris, undersöka konsekvenser, gå igenom aktuella rutiner samt beskriva bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen.

För varje del i händelseanalysen ställs frågan ”Varför hände det?” och besvaras med ett ”Därför att”. För varje fråga och svar ställs ett nytt varför till ämnet är uttömt. På detta sätt skapas en orsakskedja som leder fram till de bakomliggande orsakerna.

När händelseanalysen är avslutad ska den leda till att relevanta åtgärder utförs. Om händelsen har lett till eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska en Lex Maria anmälan skickas in till IVO.

Under året har tre händelseanalyser genomförts utifrån interna avvikelser. Av händelseanalyserna har en bedömts som risk för allvarlig vårdskada och anmälts till IVO. Enligt IVO framstod åtgärderna som rapporterades som rimliga och adekvata så de avslutade ärendet utan ytterligare åtgärder. Händelseanalyserna med åtgärder har redovisats och diskuterats med sjuksköterskorna för att ha en lärande organisation. Ingen anmälan har lämnats in till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinskt teknisk produkt.

Riskområden identifieras via de avvikelser som registreras inom verksamheten samt de som kommer från annan vårdgivare, men även via resultat från egenkontroller, kvalitetsregister och ppm-mätningar. Det är utifrån de resultat som framkommer som arbete med förbättringar planeras.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Verksamheten använder sig av bl.a. kvalitetsregister i syfte att identifiera risker hos patienter. Identifierade områden i verksamheten uppmärksammas även genom den egenkontroll som utförs inom olika områden och åtgärder för att förbättra dessa sker ständigt på olika sätt. Det kan vara genom nya rutiner, utbildning etc.

I QPR finns åtkomst till rutiner och processer som verksamheten behöver för att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Gemensamma rutiner är viktiga

förutsättningar för att arbeta enhetligt och efter individens och verksamhetens behov samt ge god vård och omvårdnad till patienten.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Bemanning är ett identifierat område inom alla personalkategorier som skulle kunna innebära en risk om det inte finns den bemanning som behövs för att ge god och säker vård. För att ge god och säker vård krävs också personal med rätt kompetens vilket ibland kan vara svårt att rekrytera och kan innebära att man får ta hjälp av inhyrd personal. Vid nyanställning finns alltid en inlärningsperiod innan personal får kännedom om de aktuella rutiner och processer som finns. Det förekommer också risker i samband med att verksamheten kan ha personal med språksvårigheter vilket kan innebära svårigheter att förmedla och ta till sig information för att kunna utföra sitt arbete korrekt.

En bra samverkan med patienten, internt och externt är en viktig förutsättning för att kunna ge patienten en god och säker vård. Det är viktigt med ett bra informationsflöde mellan olika aktörer för att på så sätt möta patientens behov på bästa möjliga sätt.

Digitala och tekniska förutsättningar behövs för att kunna möta framtiden som blir allt mer digitaliserad. Gemensamma verksamhetssystem gör att de olika professionerna kan ha en säker informationsöverföring i slutna system. För viktig informationsöverföring mellan vårdgivare används Mina Planer och NPÖ. För möjlighet till säkra meddelanden och videomöten inom organisationen och externt har en säker digital kommunikation införts. Digitala läkemedelsskåp och digital signering av HSL insatser används för att öka patientsäkerheten.

Riskhantering

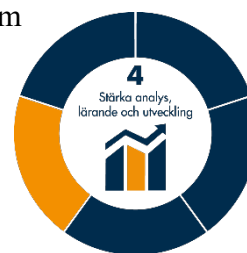
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risikanalys ingår som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Riskanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder för patientens säkerhet och trygghet, innan något har inträffat. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som kan inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten och allvarlighetsgraden för att en händelse ska inträffa uppskattas. I en riskanalys ingår att identifiera orsakerna till varje risk. Det är viktigt att identifiera de bakomliggande orsakerna. När orsaken har identifierats och riskvärderats förs den in i en checklista/handlingsplan tillsammans med åtgärder. Det ska tydliggöras vem som är ansvarig för åtgärden, när det ska vara klart och följas upp. Riskanalyser utförs kontinuerligt i verksamheterna.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Genom att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete där analyser, åtgärder samt uppföljning genomförs vid ex. avvikelshantering, Lex Maria, Lex Sara, resultat från egenkontroller, nationella register samt olika kvalitetsmätningar säkerhetsställs det att verksamheten är en lärande organisation. Systematiskt kvalitetsarbete syftar till aktivt arbete för att öka kvalitét och patientsäkerhet.

Avvikelser

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

När en händelse avviker från förväntat vård- och omsorgsförlopp så registreras detta som en avvikelse i verksamhetssystemet av den personal som uppmärksammar händelsen. Avvikelsen skickas automatiskt till ansvarig enhetschef för enheten där avvikelsen inträffat. Enhetschef har huvudansvar för att analysera och fördela avvikelsen vidare för analys till de professioner som är berörda av avvikelsen. Alla som är berörda av avvikelsen har ansvar för att delta i analysen utifrån sitt område. Om det är en avvikelse som bedöms som allvarligare ska enhetschef konsultera berörd utredare enligt den riskmatris som används vid avvikelseanalys. För att verksamheten ska få ett aktivt lärande utifrån de avvikelser som inträffar ska enhetschefen regelbundet ta upp dessa, exempelvis på teamträffar och arbetsplatsträffar.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter utreds på samma sätt som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via möte, telefon, brev eller mail. Det finns även en allmän klagomål- och synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från Patientnämnden och IVO hanteras av verksamhetschef respektive MAS. Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna avvikelserna. Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten i det systematiska kvalitetsarbetet.

Under 2023 har inga ärenden inkommit till IVO eller Patientnämnden som skickats vidare till kommunen för analys och åtgärd.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Verksamheten kommer fortsatt att arbeta för patientsäkerhet genom personalförsörjning med rätt kompetens, rätt arbetsförutsättningar och som med stöd av ökad digitalisering kommer att fortsätta arbeta patientsäkert. Genom att eftersträva god kompetens hos personal erbjuds utbildning på olika sätt och inom olika områden för en ökad kunskap och därmed en ökad patientsäkerhet.

Det krävs samverkan på olika plan, både internt och externt för att kunna säkra för en god informationsöverföring. Samverkan behövs även för planering av individuell vård som ska utföras på samma villkor för alla patienter inom våra verksamheter.

För att arbeta systematiskt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är det viktigt att det finns en korrekt och tydlig information dokumenterad om patienten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Fokusområde	Mål och Åtgärd
Senior Alert	<p>Kvalitetssäkra det förebyggande arbetet för patienten.</p> <p>Kontinuerliga utbildningar till Senior Alertombud.</p> <p>Kontinuerlig strävan att teamen har optimala förutsättningar för arbetet med Senior Alert.</p>
Palliativa registret	<p>God vård i livets slutskede.</p> <p>Tydlig dokumentering om kvalitetsindikatorerna i patientens journal.</p> <p>Fortsatt användning av bedömningsinstrument gällande munhälsa och smärta. Genomföra dödsfallsenkäten gemensamt i teamet.</p> <p>Fortsatt arbete med NVP.</p> <p>Utbildning omvårdnadspersonal palliativ vård</p> <p>Kontinuerlig redovisning resultat kvalitetsindikatorer.</p>
BPSD	<p>Minska BPSD genom samverkan.</p> <p>Fortsätta arbetet med kvalitetsregistret BPSD.</p> <p>Årliga administratörsträffar</p>
Journalgranskning HSL	<p>Kvalitetssäkrad dokumentation.</p> <p>Åtgärder planeras och genomförs kontinuerligt efter journalgranskning.</p> <p>Fortsatt arbete för att säkerställa dokumentation i patientens journal.</p>
Loggkontroller	<p>Säkerhetsställa att patientens integritet upprätthålls.</p> <p>Översyn loggkontroll för verksamhetssystem.</p> <p>Kontinuerlig diskussion om vikten att kontroll av samtycken från patient innan informationshämtning sker.</p>
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	<p>Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet- och patientsäkerhet.</p> <p>Fortsätta med egenkontroller.</p> <p>Översyn kvalitets- och ledningssystem.</p>
Basala hygienrutiner och klädregler, BHK	<p>Säkerställa basal vårdhygien.</p> <p>Fortsatt arbete med nytt arbetssätt för egen registrering av basala hygienrutiner och klädregler (BHK).</p> <p>Fortsatt kompetensutveckling gällande basal vårdhygien på olika sätt.</p>
Extern läkemedelsgranskning	<p>Säkerställa läkemedelshantering.</p> <p>Fortsatt extern läkemedelsgranskning årligen.</p> <p>Lokal läkemedelshanteringsplan revideras årligen på alla enheter.</p> <p>Fortsatt implementering av läkemedelskåp.</p>

Närförråd läkemedel	Säkerställa läkemedelshantering. Fortsatt granskning enligt rutin en gång per år.
Sammanställning avvikelse gällande läkemedel och fall	Minska avvikelser. Utbildning kring registrering och analys Arbeta med analyser i olika samverkansforum. Översyn och revidering av rutin för avvikelserregistrering och analys. Fortsatt implementering av digital signering. Implementering av läkemedelsautomat.
Sammanställning trycksår	Minska förekomst av trycksår. Arbeta preventivt genom fortsatt deltagande i PPM trycksår.
Måltidsmätning	Förebygga undernäring. Fortsatt arbete med måltidsmätning. Arbeta proaktivt för att minska fasteperioden. Utbildning för omvårdnadspersonal kring nutrition och fasteperiod.
HALT	Förhindra vårdrelaterade infektioner. Fortsatt medverkande i punktprevalensmätningen HALT.
Kompetens	Kompetensutveckling hos personal. Fortsatta utbildningssatsningar.
IVO granskning	Fortsatt åtgärdsarbete enligt framtagna åtgärdsplan.