



Askersunds
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för Askersunds kommun År 2022



Caroline Eklöf
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kerstin Jacobsson
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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.

Innehållet följer strukturen i Socialstyrelsens nationella handlingsplan Agera för säker vård bestående av fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behövs för att stärka en god och säker vård. De grundläggande förutsättningarna utgör villkor som måste uppfyllas för att vården ska kunna bli säkrare. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.



Källa:

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

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Ledningssystem för kvalitet.....	5
Övergripande mål och strategier	6
Socialnämndens egna formulerade mål	7
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Utredning av händelser – vårdskador och missförhållanden	20
Fokusområde 2 - Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Läkemedelsskåp	21
Kvalitetsregister.....	21
Fokusområde 3 - Säker vård här och nu.....	27
Riskhantering.....	27
Fokusområde 4 - Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelse	27
Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap	32
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 .	32
Lokal handlingsplan - Agera för säker vård	32
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	33
Socialnämndens egna formulerade mål	33

SAMMANFATTNING

Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete vilket innebär, avvikelsehantering, egenkontroller, riskbedömningar och synpunkter och klagomål. För att det ska fungera så krävs ett väl fungerande teamarbete.

Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Under 2022 har det skett ett serverbyte och uppdatering av det system där cheferna dokumenterar egenkontrollerna. Detta innebär att cheferna inte kunde dokumentera egenkontroller i systemet under våren. Det slutade också många chefer och sjuksköterskor under sommaren och hösten och konsulter var inne och jobbade när nya chefer och sjuksköterskor rekryterades. Det gjorde att det blev brister i teamarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet och ett flertal chefer hade inte möjlighet att dokumentera egenkontroller och uppföljning av sina verksamheter under hösten heller. Alla chefer fick under hösten utbildning och genomgång av ledningssystemet och alla delar i det systematiska kvalitetsarbetet. Under 2023 finns det nu förutsättningar att cheferna tillsammans med sina team ska komma i gång med det systematiska kvalitetsarbetet igen.

P.g.a. ovanstående orsaker är det omöjligt att få en helhetsbild och kunna följa upp verksamheternas resultat via egenkontroller. Därför har medicinskt ansvariga i samråd med socialchef valt att inte redovisa eller analysera något resultat från egenkontrollen 2022.

Sammanfattning av covid-19 pandemin 220101 – 230301

Den 9 februari 2022 togs de flesta åtgärderna mot covid-19 bort för allmänheten, och pandemin gick in i en ny fas i Sverige. Inom vård- och omsorg och hälso- och sjukvård kvarstår dock rekommendationen för personalen att stanna hemma om man är sjuk, ta PCR test vid symtom och använda source control (munskydd i nära omvårdnad). Rapport om aktuellt smittläge, hur många personal, brukare och patienter som är sjuka i covid-19 har skickats till regionen varje vecka under 2022.

Fr.o.m 15 februari 2023 togs testning av personal för covid -19 inom hälso- och sjukvård och vård- och omsorg bort men kvarstår för brukare och patienter med symtom. Fr.o.m mars 2023 ska endast rapport ske till regionen om aktuellt antal smittade brukare och patienter 1 gång i månaden. Fr.o.m 1 mars 2023 tas rekommendationen om source control bort.

Vaccination mot covid-19

Vaccineringen mot covid-19 startades upp i region Örebro sista veckan i december 2020. Totalt har 1969 covid-19 vaccin administrerats av sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården fr.o.m. 2020 - 2022.

Kommun	Verksamhet	Dos 1	Dos 2	Dos 3	Dos 4	Dos 5
Askersund	Totalt Askersund	535	550	307	287	290
Askersund	Särskilt boende äldre	101	104	129	111	134
Askersund	Hemsjukvård/Hemtjänst	342	334	160	155	134
Askersund	LSS-boende/personlig assistans	26	30	15	21	20
Askersund	Övriga	66	82	3		2

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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.



Ledningssystem för kvalitet

Socialförvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet är ett verktyg för att styra, säkra och följa upp kvaliteten i verksamheten.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Aktivitetsplan/handlingsplan Södra länsdelen - Sammanhållen vård och omsorg 2020-2022

2. Stärka insatser till grupper med komplexa vård- och omsorgsbehov

Område	Mål	Aktivitet
In och utskrivningsprocessen	Samtliga kommuner har egna instruktörer. Samtliga instruktörer genomför utbildningar.	Organisationerna ger förutsättningar för instruktörernas uppdrag.(klinisk bedömning samt beslutsstöd)
In och utskrivningsprocessen	Fungerande ViSam process	Tillsätta metodhandledare (ViSam)
Samverkan mellan vårdgivare	Förbättra samverkan	Skapa forum för samverkansdiskussion,
SIP	Öka andel genomförda SIP. Förbättrad kvalitet på genomförda SIP.	SIP utbildning Granskning av SIP kvalitet enligt mall Lokalt SIP arbete

4. Stärka rehabiliterande arbetssätt

Område	Mål	Aktiviteter
Rehabilitering	Stärka rehabiliterande arbetssätt i hela utskrivningsprocessen	

5. Stärka processer för att undvika vårdskador

Område	Mål	Aktiviteter
Senior alert: Säkra Senior alert i vårdkedjan		"Säkra upp via Lifecare"
Senior alert:	Personer med risk, ska få riskbedömning i samverkan mellan kommun och vårdcentral. (patienter som inte har kommunal HSL insats)	

Socialnämndens egna formulerade mål

Målområde 2 – De kommunala kärnverksamheterna

Arbeta med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen och systematiskt arbetssätt, uppföljning och analys utifrån ledningssystemet

Mått/metod: Mätning i egenkontrollerna

Adressering: Förvaltningen

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2021*	2022	2023	2024	2025	2026
Egenkontroller utförs enligt rutin, procent	XX	25	100	100	100	100

* Saknar uppgift för 2021.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. (SOSFS 2011:9). Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och Medicinskt ansvariga

Socialchefen är verksamhetschef för hälso- och sjukvården och har ett övergripande ansvar för att ledningen ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Medicinskt ansvariga har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Verksamhetschefen och medicinskt ansvariga har tillsammans ansvar för att övergripande upprätthålla och utveckla patientsäkerhet och kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården övergripande leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Medicinskt ansvariga skriver den årliga patientsäkerhetsberättelsen utifrån hur verksamheterna bedrivit det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och vilka resultat som uppnåtts under föregående år.

Områdeschef

Områdeschefen har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde. Områdeschefen ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Områdeschefen ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Områdeschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef

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

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

Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd

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

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Smittskydd och vårdhygien i region Örebro och särskild hygiensköterska för kommunernas hälso- och sjukvård ger stöd i att förebygga och minska smittspridning. Dietist direkt för nutritionsfrågor och kontinenssamordnare i länet som stöd i förbättringsarbetet inom vård av inkontinens är ytterligare stödfunktioner som ökar patientsäkerheten i kommunerna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns en samverkan mellan Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral för att följa upp och förebygga vårdskador. I länet används informationsöverföringssystemet LifeCare SP för vårdplaneringsprocessen mellan vårdgivarna. Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral har en överenskommelse om samverkan mellan huvudmännen.

I början av 2022 startades ett projekt om hur man gemensamt i länet ska hantera avvikelser i samverkan mellan region Örebro län och länets kommuner. Projektet ska under andra kvartalet 2023 mynna ut i ett förslag på struktur och process för gemensam hantering av avvikelser som rör två eller flera huvudmän samt koppla detta till ett systematiskt patientsäkerhetsarbete baserat på förebyggande insatser. Detta inkluderar att se över digitalt stöd i avvikelshanteringen i syfte att minimera manuellt arbete.

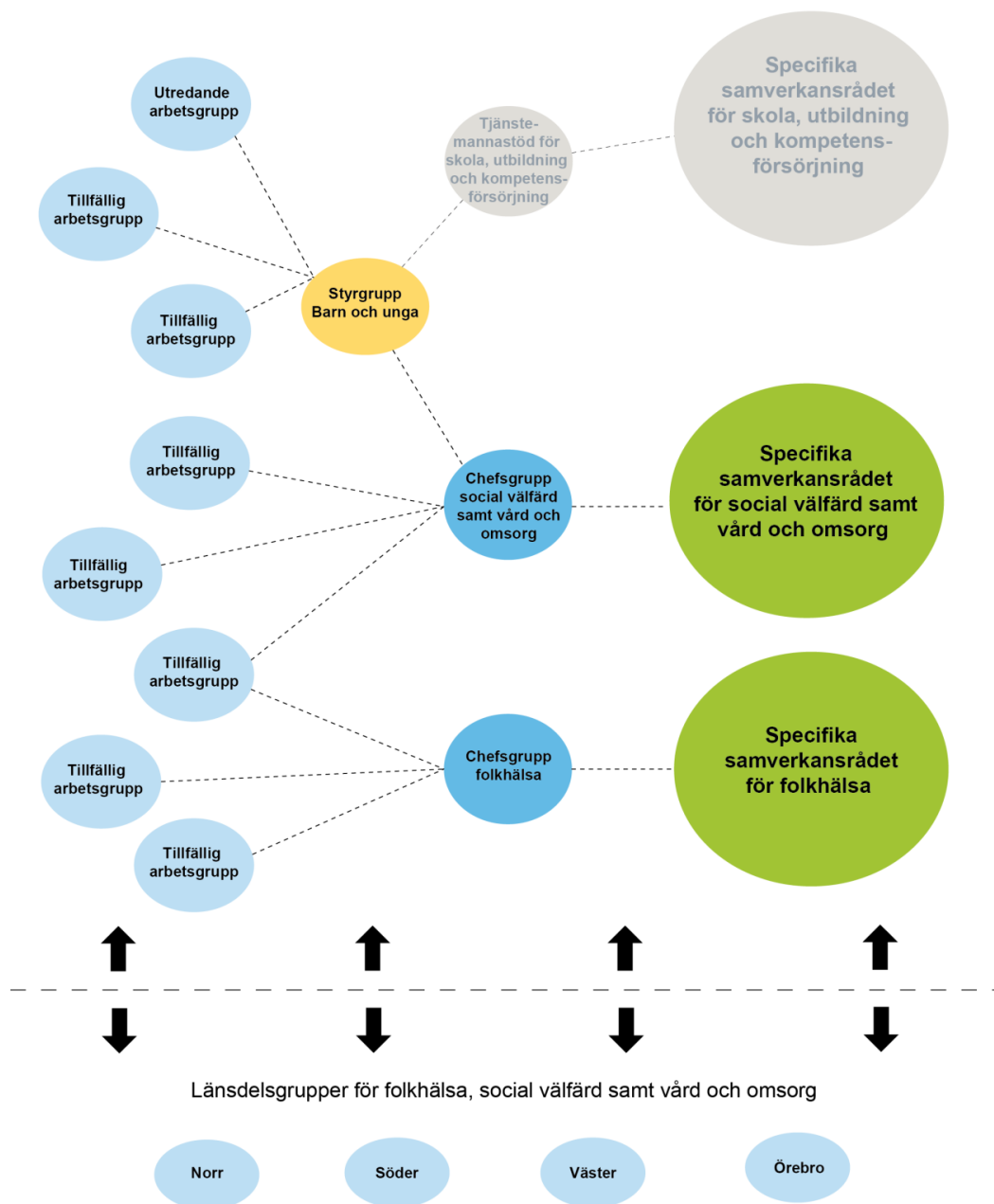
Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län

Syftet med den regionala samverkan inom området social välfärd samt vård och omsorg är att invånare i behov av insatser från både regionen och kommunen ska få en god vård och omsorg. Detta ska ske i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och samverkan ska säkra att den enskilde inte faller mellan stolarna.

Regionala samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan i frågor som är av gemensamt intresse. Regionala samverkansrådet har gett Specifika samverkansråden uppdrag att:

- Initiera och samråda om frågor inom verksamhetsområdet som är strategiska och viktiga för regionen.
- Samordna det regionala utvecklingsarbetet med det lokala utvecklingsarbetet.
- Vara ett forum för regional och kommunal omvärlds- och intressebevakning.

Samverkanstruktur för folkhälsa, social välfärd samt vård och omsorg



Det finns två chefsgrupper som tjänstemannastöd till de specifika samverkansråden.

I varje länsdel finns en länsdelsgrupp med representanter från Region Örebro läns verksamheter och med representanter från länsdelens samtliga kommuner, inom området social välfärd och vård samt folkhälsa. Dessa länsdelsgrupper är basen för det lokala utvecklingsarbetet som sker i samverkan mellan kommunerna och Region Örebro län inom området sammanhållen vård och omsorg. Utgångspunkten för detta är den regionala *handlingsplanen Sammanhållen vård och omsorg* som är en handlingsplan utifrån den regionala utvecklingsstrategins, RUS, prioriterade område *Hälsofrämjande arbete och hälso- och sjukvård*.

Utöver detta har länsdelsgrupperna möjlighet att formulera egna uppdrag utifrån lokala behov och prioriteringar.

Samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård mellan kommunerna och Region Örebro län

Område välfärd och folkhälsa samordnar och stödjer processer i det regionala systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, mellan kommunerna och Region Örebro län. En överenskommelse finns som beskriver samverkan mellan kommunerna och Region Örebro län i detta.

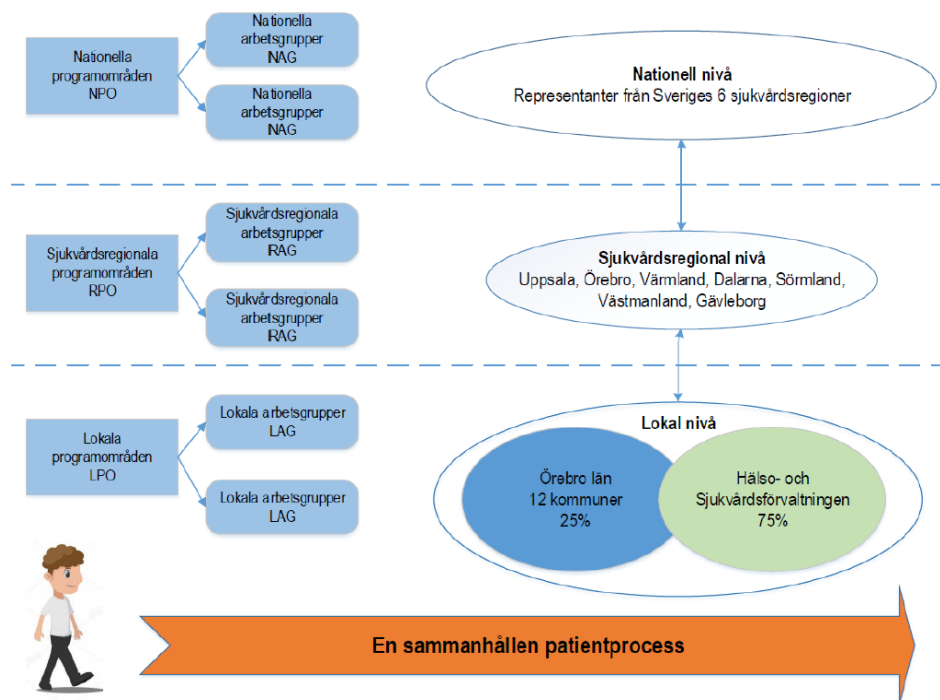
Regionstyrelsen i Region Örebro län beslutade i oktober 2017 att anta rekommendationen om att etablera en nationell kunskapsstyrningsstruktur. Detta innebär att landsting och regioner ska samarbeta samt anpassa och säkra sin sjukvårdsregionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella. Kunskapsstyrningsstrukturen bygger på nationella programområden samt nationella samverkansgrupper; båda med underliggande nationella arbetsgrupper.

Arbetet med att etablera och kommunicera organisationen lokalt i Region Örebro län byggs i samverkan med relevanta intressenter och i samspel med uppbyggnaden av nationella och sjukvårdsregionala strukturer. Inom Region Örebro län ska detta utvecklingsarbete ske i nära samarbete med Örebro läns tolv kommuner.



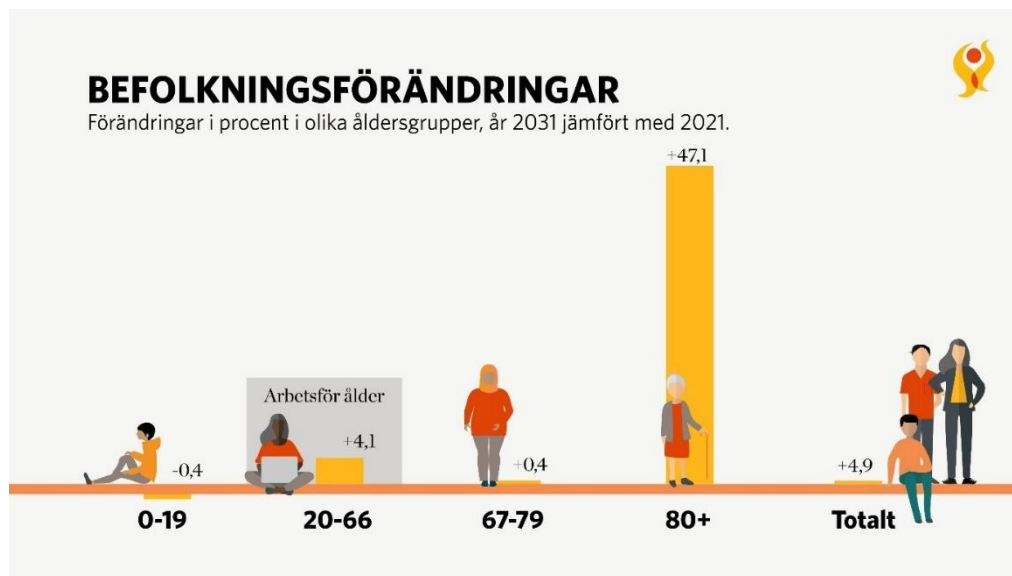
Region Örebro län

Nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå



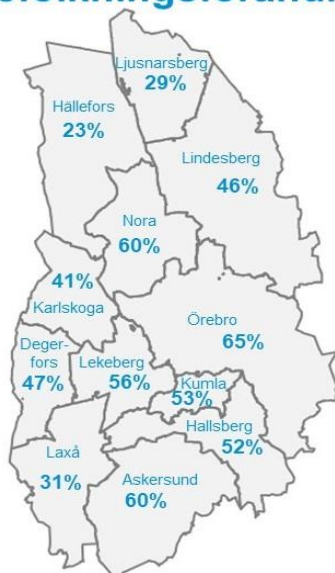
Nära vård

Det har skett stora framsteg inom svensk hälso- och sjukvården de senaste decennierna. Vi lever längre, andelen äldre kommer att öka och fler kan i dag leva länge med kroniska sjukdomar. Det är några av faktorerna som förändrar behoven i dagens hälso- och sjukvård som behöver förändras.



Nationellt står vi inför en förändrad ålderssammansättning i befolkningen. Vi kommer bli färre i arbetsför ålder och betydligt fler 80+. Den demografiska förändringen innebär stora utmaningar att finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Befolkningsförändring 80 år och äldre 2020–2030



Örebro län

54%

16 820 invånare 2020

25 969 invånare 2030

	Folkmängd totalt		Förändring 2020–2030	
	2020	2030	antal	andel
Askersund	778	1 244	466	60%
Degerfors	696	1 026	330	47%
Hallsberg	892	1 354	462	52%
Hällefors	591	725	134	23%
Karlskoga	2 140	3 010	870	41%
Kumla	1 082	1 656	574	53%
Laxå	437	573	136	31%
Lekeberg	434	678	244	56%
Lindesberg	1 488	2 169	681	46%
Ljusnarsberg	346	445	99	29%
Nora	722	1 156	434	60%
Örebro	7 214	11 933	4 719	65%
Örebro län	16 820	25 969	9 149	54%

Den här bilden visar befolkningsförändringen lokalt i länets kommuner. Askersunds kommun ligger nästan i topp procentuellt sätt när det gäller ökning av personer 80+ mellan åren 2020 och 2030.

Omställningen till Nära vård är en stor nationell utveckling inom välfärden som syftar till att bättre möta de behov av vård och omsorg som finns redan i dag och de utmaningar som samhällsutvecklingen bidrar till. Men det handlar inte bara om vård utan om att hitta nya arbetssätt som förflyttar både vård, hälsa och omsorg närmare invånarna och för att resurserna ska kunna användas bättre och därmed räcka till fler.

Den nära vården handlar i det stora hela om tillgänglighet, kontinuitet, samordning och proaktivitet. Att arbeta personcentrerat, nyttja digitaliseringens möjligheter och främja god kompetensförsörjning är grundläggande förutsättningar.



Under 2022 tog länets 12 kommuner och Region Örebro län beslut om en gemensam målbild för omställningen till en nära vård. Målbilden är en utgångspunkt för länets fortsatta arbete. En förändring till en mer personcentrerad vård och ett mer personcentrerat förhållningssätt som utgår ifrån varje persons behov, önskemål och förutsättningar. Det är även att få sin vård så nära hemmet som möjligt, från vård på sjukhus till att få vård med hemmet som bas.

För att lyckas kommer det krävas att både kommuner, regionen och andra samarbetspartner har tillit till varandra, tar gemensamt ansvar och samverkar, tänker i nya banor och förändrar sina arbetssätt. Omställningen kommer innebära många förändringar i kultur och organisering. En avgörande faktor är invånarnas hälsa. Vi behöver arbeta mer hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande – inom vården såväl som i skolan för att alla invånare ska kunna ha förutsättningar för en god hälsa genom hela livet.

För att vi ska lyckas identifiera och prioritera länsgemensamma satsningar och aktiviteter behövs en färdplan. Arbetet med att ta fram en länsgemensam färdplan pågår med prioriterade satsningar och aktiviteter för att vi tillsammans ska nå målbilden. En första version beräknas vara klar under första halvan av 2023.

Alla länets kommuner har anställda processledare som arbetar med omställningen till en nära vård på den lokala samverkansnivån. Uppdraget finansieras med statliga stimulansmedel. Omställningen till nära vård är ett långsiktigt arbete som fortsätter under 2023.

En god säkerhetskultur

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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



Två lex Maria anmälningar under året var en anledning till att starta upp ett förbättringsarbete för att öka patientsäkerhet och säkerhetskultur.

Utifrån upprättad handlingsplan har enhetschefen för Smedsgården A tillsammans med enhetschefen för hälso- och sjukvården påbörjat och genomfört ett flertal förbättringsarbeten.

De höll i gemensamma planeringsdagar med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och arbetsterapeuter som genomfördes i november. Syftet var att hitta former för förbättrad teamsamverkan och tillsammans jobba med olika fallbeskrivningar utifrån avvikelser som handlat om brister i dokumentation, kommunikation, samverkan och bedömningar. Det hölls diskussioner i stora och små tvärprofessionella grupper. Diskussionerna handlade om omvårdnadspersonalens bedömningar av patienter i akuta situationer, vad och hur de ska rapportera till sjuksköterska och arbetsterapeut, samt användning av SBAR. Diskussion om hur sjuksköterskorna sedan ska gå vidare med sina bedömningar av patienten utifrån den information de fått från omvårdnadspersonalen. Att sjuksköterskorna ska göra en egen bedömning utifrån ett beslutsstöd som också ska dokumenteras. Därefter ta beslut om vilka åtgärder och insatser som ska sättas in. Det diskuterades vad varje profession ska dokumentera i varje steg. Hur sjuksköterskan rapporterar tillbaka till omvårdnadspersonalen och vad sjuksköterskan behöver få återrapport om angående patientens mående och hur och när sjuksköterskan ska kontaktas för denna rapport igen. Hur överrapport ska ske när det är skiftbyte för alla professioner. Rapporttid är nu schemalagt för omvårdnadspersonalen. Diskussioner även hur alla professioner jobbar med avvikelshantering och förbättringsåtgärder.

Utbildningstillfällen för alla sjuksköterskor om beslutsstöd genomfördes i november och en till sådan utbildning planeras våren 2023. SBAR utbildning för omvårdnadspersonal genomfördes i december.

Det finns planering på att överföra dessa erfarenheter och metoder av patientsäkerhetsarbetet till övriga enheter på Smedsgården i början på 2023 i syfte att de också ska starta ett förbättringsarbete. Medicinskt ansvariga planerar att följa upp påbörjade och genomförda förbättringsarbeten utifrån handlingsplanen under 2023.

Informationssäkerhet

Förvaltningen omfattas av flertalet författningar som ger direktiv om informationssäkerhet t.ex. Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster, Patientdatalag (2008:355) och Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Vad gäller den senare nämnda författningen (SoLPuL) så skedde förändringar i den under år 2018 i samband med att EU:s dataskyddsförordning (GDPR, The General Data Protection Regulation) trädde i kraft. Den nya dataskyddsförordningen ersatte den svenska personuppgiftslagen och medförde ändringar samt kompletteringar i en mängd svenska lagar. Under 2022 togs en förvaltningsövergripande informationshanteringsplan fram av socialförvaltningen som sedan beslutades i socialnämnden.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Medicinskt ansvariga tillsammans med enhetschef HSL och kvalitetssjuksköterska bildar en områdesledningsgrupp för hälso- och sjukvården och rehabilitering, HSL OLG. I början av 2023 planeras att få igång ett nytt arbetssätt inom hela HSL-enheten. Det kommer innebära kvalitetsmöten med olika teman under året. Spetskompetenser inom olika yrkeskategorier lyfts fram och ska få ta ansvar för att uppdatera sig inom sitt kompetensområde samt sprida kunskap vidare till kollegor. Uppföljning av rutiner och arbetssätt kommer ske kontinuerligt varje vecka av enhetschef och kvalitetssjuksköterska. Veckobrev kommer skickas ut med veckans viktigaste information till HSL-enheten. Medicinskt ansvariga planerar att följa upp teman/kvalitetsområden under året.

Kompetensnivå

Inom särskilt boende den 1 november 2022 var 100 av 144 månadsanställd personal undersköterskor, vilket är 69,4 %. Inom särskilt boende fanns då 55 timvikarier och 17 av dem var undersköterskor, vilket är 30,9 %. Inom hemtjänst den 1 november 2022 var 67 av 109 månadsanställd personal undersköterskor, vilket är 61,4 %. Inom hemtjänst fanns då 59 timvikarier och 16 av dem var undersköterskor, vilket är 27,1%.

En arbetsterapeut har vidareutbildning inom synrehabilitering och två arbetsterapeuter jobbar med handrehabilitering. Av sjuksköterskorna har fem vidareutbildning till distriktssköterska. Av distriktssköterskorna har tre specialistutbildning inom palliativ vård och en har specialistutbildning inom palliativ vård och geriatrik. En sjuksköterska läser för närvarande specialistutbildning inom demens och en till distriktssköterska.

Utbildningar under året

Genom äldreomsorgslyftet går fyra undersköterskor utbildning till specialistundersköterskor och tio vårdbiträden från både hemtjänst och särskilt boende utbildar sig till undersköterskor.

En tvådagars handledarutbildning på grundnivå har sju arbetsterapeuter och nio sjuksköterskor gått under 2022. Alla sjuksköterskor fick utbildning i beslutsstöd hösten 2022.

Utbildning i samordnad individuell planering - SIP har genomförts i länet. Från Askersunds kommun har 17 sjuksköterskor, tio arbetsterapeuter, en biståndshandläggare och en enhetschef deltagit.

Introduktionsutbildning

Introduktionsutbildning genomfördes vid ett av fyra planerade tillfällen 2022, det var sommarintroduktionen i juni. Ett 80-tal sommarvikarier inom hemtjänst, särskilt boende och funktionsstöd fick två dagars utbildning var. Vikarierna delades in i grupper som fick cirkulera runt på olika stationer. Det ingick både teoretiska och praktiska pass, som demens, palliativ vård, inkontinens, läkemedel, nutrition/munhälsa, stödstrumpor/fotvård/hygien, covid och förflyttningskunskap. Enligt rutin ska introduktionsutbildning genomföras för semestervikarier men även för nya vikarier under året. Detta ska planeras i årshjul för januari, april och november. Under 2022 genomfördes endast sommarintroduktion vilket innebär att nya vikarier inte får alla delar i introduktionsprogrammet under året. Detta innebär en stor brist i kompetens inom olika områden vilket leder till en lägre patientsäkerhet i verksamheterna.

Lyftkörkortsutbildning

Personal ska ha lyftkörkortsutbildning för att få förflytta en brukare med lyft. Lyftkörkortsutbildning har erbjudits vid 10 tillfällen och det har utbildats 56 omvårdnadspersonal 2022. Det var 15 fler än året innan. Lyftkörkortsutbildning erbjuds regelbundet till ny personal och för personal som har gått utbildningen för länge sedan och har behov av att bli uppdaterade. Det finns också ett behov av att sjuksköterskor ska gå denna utbildning under 2023. Det är arbetsterapeuterna som utbildar i lyftkörkort.

Utbildning i förflyttningskunskap

Förflyttningssinstruktörer håller i utbildningen. De är utbildade i ergonomi och förflyttningsteknik. Teoretisk och praktisk utbildning i förflyttningskunskap har under 2022 genomförts av 56 personal inom funktionsstöd. Det återstår några personal inom LSS att utbilda under våren 2023, därefter har all tillsvidareanställd omvårdnadspersonal inom vård och omsorg och funktionsstöd genomfört förflyttningssutbildning under de senaste åren. En plan framåt behöver tas fram för hur denna utbildning ska fortgå för både de nya medarbetare som tillkommit och för de som jobbat länge och behöver uppdatera sig. Det finns också ett behov av att sjuksköterskor ska gå denna utbildning under 2023. Behov finns av att utbilda fler förflyttningssinstruktörer vilket är en sjudagarsutbildning. De som redan är förflyttningssinstruktörer behöver också få en två dagars vidareutbildning för instruktörer.

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. Under hösten deltog legitimerad personal på en föreläsning om personcentrerat förhållningssätt.



Patienter och anhöriga görs delaktiga i den egna vården, genom att synpunkter och klagomål tas tillvara. Patientmedverkan i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten är något som behöver förbättras och jobbas med i verksamheten.

Patienter ska göras delaktiga i den egna vården genom bland annat samordnad individuell plan- SIP och delaktighet vid upprättande av vårdplaner. Detta är något som behöver förbättras och utvecklas.

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 bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete vilket innebär, avvikelshantering, egenkontroller, riskbedömningar och synpunkter och klagomål. För att det ska fungera så krävs ett väl fungerande teamarbete.

Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. För år 2022 finns stora brister i hur egenkontrollen är utförd i verksamheterna. Egenkontroller finns bara gjorda inom områdena särskilt boende och korttidsenhet, och på några enheter inom funktionsstöd. Det saknas också handlingsplaner inom en hel del områden där ändå egenkontrollerna är gjorda. Detta innebär att det inte går att se hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet jobbat med i verksamheterna eller om gällande rutiner i verksamheten är införda och fungerar. Analysen blir att där egenkontrollerna är gjorda fungerar det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bättre.

Under 2022 har det skett ett serverbyte och uppdatering av det system där cheferna dokumenterar egenkontrollerna. Detta innebär att cheferna inte kunde dokumentera egenkontroller i systemet under våren. Det slutade också många chefer och sjuksköterskor under sommaren och hösten och konsulter var inne och jobbade när nya chefer och sjuksköterskor rekryterades. Det gjorde att det blev brister i teamarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet och ett flertal chefer hade inte möjlighet att dokumentera egenkontroller och uppföljning av sina verksamheter under hösten heller. Alla chefer fick under hösten utbildning och genomgång av ledningssystemet alla delar i det systematiska kvalitetsarbetet. Fortsatt introduktion av nya chefer kommer fortgå. Support och stöd finns vid behov. Under 2023 finns det nu förutsättningar att cheferna tillsammans med sina team ska komma i gång med det systematiska kvalitetsarbetet igen.

P.g.a. ovanstående orsaker är det omöjligt att få en helhetsbild och kunna följa upp verksamheternas resultat via egenkontroller. Därför har medicinskt ansvariga i samråd med socialchef valt att inte redovisa eller analysera något resultat från egenkontrollen 2022.

Journalgranskning

För att följa upp sjuksköterskornas och arbetsterapeuternas dokumentation inom kommunens hälso- och sjukvård ska journalgranskningar göras för att hitta förbättringsområden och få en kvalitetsutveckling i syfte att säkra att patienten får en god och säker vård.

Under 2022 har MAS och MAR gjort journalgranskning utifrån tre större utredningar. I journalgranskningen framkom brister i dokumentationen både gällande omvårdnadspersonalens HSL dokumentation och legitimerades dokumentation. Bristerna som framkom är dokumenterade i en handlingsplan som är överlämnad till enhetscheferna på Smedsgården och enhetschef för HSL för åtgärder. Handlingsplanen kommer kontinuerligt att följas upp.

MAS och MAR har också gjort journalgranskningar utifrån uppföljning av förskrivna behandlande madrasser för trycksårsgrad 3-4. Här visar resultatet att det finns behandlande madrasser som inte är förskrivna utifrån rätt indikatorer och inte heller uppföljda i rätt tid enligt riktlinjerna. Behandlingen avslutas oftast inte heller enligt indikatorerna i riktlinjen. I denna journalgranskning som genomförts i hela länet har medicinskt ansvariga uppmärksammat behov av att det behövs mer kunskap för sjuksköterskor och arbetsterapeuter både gällande förebyggande och behandlande madrasser samt trycksårsprevention. Utbildning planeras i maj 2023 via Centrum för hjälpmedel. Legitimerade behöver också jobba mer personcentrerat i team med trycksårsprevention. Behandlande madrasser kommer att följas upp under 2023 med journalgranskningar och kompetensutveckling.

När inte uppföljning av behandlande madrasser utförs enligt riktlinje kommer kommunerna bli debiterade av Centrum för hjälpmedel för kostnaden för dessa behandlade madrasser, gäller fr.o.m. 1 mars 2023.

Medicintekniska produkter - MTP

För att säkerställa hög patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård ska funktionskontroll göras av medicintekniska produkter såsom undersökningsutrustning, behandlingshjälpmedel och omvårdnadshjälpmedel. Detta ska göras av ansvariga arbetsterapeuter, sjuksköterskor och hjälpmedelstekniker.

Alla omvårdnadshjälpmedel finns inlagda i hjälpmedelsmodulen i Procapita. Det ger en möjlighet till spårbarhet och kontroll av hjälpmedlen.

Under 2022 har det inte gjorts någon inventering eller årskontroll av undersökningsutrustning och behandlingshjälpmedel av MTP ansvarig sjuksköterska.

Under 2022 har systematisk besiktning av alla personlyftar som används ute i verksamheterna samt alla stålyftar och golvlyftar som finns i lager utförts till 99%. De taklyftar som finns i lager besiktigas när de ska användas, i samband med att de monteras. Kontroll av omvårdnadshjälpmedel görs av hjälpmedelstekniker efter tvätt vilket innebär att översyn görs, skruvar dras åt, bromsar justeras och lager smörjes vid behov. På sängar görs kontroll och service efter hand, först och främst på särskilt boende. I ordinärt boende görs det i samband med andra besök och vid behov.

Periodisk kontroll ska utföras på alla placerade lyftselar var 6:e månad. Protokoll ska fyllas i och kontrollen ska registreras i hjälpmedelsmodulen. Arbetsterapeut ansvarar för att detta blir gjort. Under 2022 har detta fungerat i stort sett på särskilt boende och korttidsenhet Syrenen medan det i hemtjänsten och inom funktionsstöd inte har fungerat fullt ut.

Utbildning av hygienombud

Under 2021 genomfördes en satsning för att få igång ett mer tydligt och strukturerat uppdrag för hygienombud i hela länet. I grunden är riktlinjen för basal hygien uppdaterad och hygienombudens och andra professioners roller och ansvar är tydliggjorda. Hygienombud finns nu inom varje verksamhet och ska via sin enhetschef få skriva på en uppdragshandling. Steg 1 i en utbildning för hygienombuden genomfördes av hygiensköterskorna under hösten 2021. Del 2 i utbildningen för hygienombud skulle genomföras under 2022 men har blivit försenad och kommer istället hösten 2023.

Läkemedelsgenomgångar

Alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård ska få en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen. Under 2022 finns 43 läkemedelsgenomgångar dokumenterade i kommunens journalsystem.

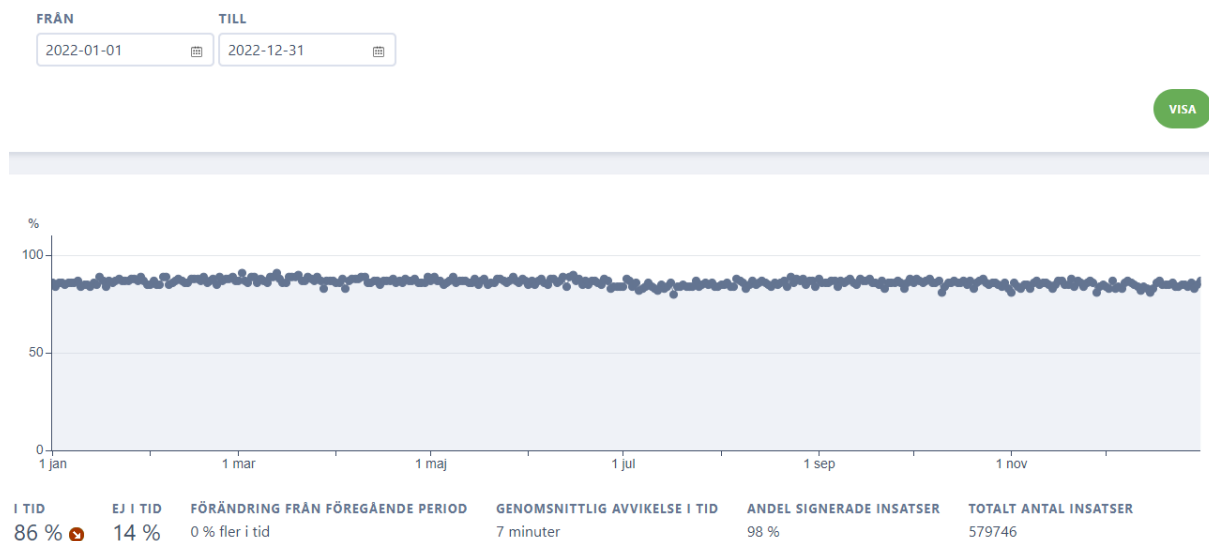
Digital signering av läkemedel och andra delegerade uppgifter

Ett digitalt signeringssystem som heter MCSS Appva används för signering av delegerade uppgifter. Systemet ger en bra överblick och kontroll över vilka läkemedel som ska ges och vid vilken tid. Signeringen sker digitalt och vid utebliven signering signalerar systemet både till omvårdnadspersonal och sjuksköterska. I systemet kan både omvårdnadspersonal och legitimerad personal göra dagliga egenkontroller gällande om åtgärder blir utförda eller inte och om de blir utförda i tid. Medicinskt ansvariga kan följa upp åtgärder via stickprov eller vid behov av utredning. I systemet hanteras också alla delegeringar.

Under 2022 är det 579746 insatser som handlar om överlämnande av läkemedel och det är 27644 fler insatser än 2021. Ytterligare 3135 insatser gäller narkotikaklassade läkemedel och det är 635 fler än 2021.

Av 579746 insatser var 98% signerade av personalen och 86% var signerade inom rätt tidsram. Det innebär att det var 11600 insatser om läkemedel som inte var signerade under 2022 det är 6100 fler osignerade insatser än 2021.

Överlämning av läkemedel (utom narkotika) 2022



Internkontroll av narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel

Internkontroll av narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel i läkemedelsförråd ska göras enligt internkontrollplan en gång i månaden.

Under 2022 har 107 av 132 (81%) internkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor och det är en ökning med 6 % om man jämför med 2021. Det är framför allt internkontrollrapporter från ett hemsjukvårdsområde som har saknats under 2022.

Totalt under 2022 har det rapporterats 50 avvikelser i internkontrollen om hanteringen av narkotikaklassade läkemedel. Det har gällt brist i saldo i narkotikajournal, felräkningar i narkotikajournal, förväxlade narkotikajournaler mellan två olika läkemedel, att det helt saknats narkotikajournal, narkotikaklassade läkemedel som inte används och som sparats för länge i läkemedelsförråd och borde ha kasserats, lådor som inte varit korrekt uppmärkta för narkotika klassade läkemedel och läkemedel som förvarats utan originalförpackning vilket innebär att utgångsdatum och batchnummer inte finns kvar.

De flesta av dessa avvikelser är i efterhand utredda, brister hittade och åtgärdade av ansvariga sjuksköterskor.

Akut- och buffertförrådet

Elva avvikelser är rapporterade där det saknats läkemedel vid kontrollräkning och endast två har kunnat redas ut. Förrådsansvarig sjuksköterska har i samband med dessa avvikelser gjort tätare kontrollräkningar.

Hemsjukvården (fem områden)

På område ett har inte internkontrollen fungerat under året, endast en inlämnad kontrollrapport. Enhetschef HSL är informerad för att åtgärda.

Område två, tre och fyra har sammantaget haft två avvikelser, dessa har kunnat redas ut.

På område fem har det under våren fr.o.m. februari t.o.m. juni 2022 varit tjugo avvikelser av varierande slag. Orsak är till största delen att inte läkemedelsförrådet har varit tillräckligt underhållet av ansvariga sjuksköterskor. MAS och enhetschef för HSL har under våren haft tillsyn och fått återkoppling kontinuerligt så att det skapades ordning. Inga problem kvarstår under hösten 2022.

Syrenen och Borgmästargården

TVå avvikelser varav en utretts och återfunnits.

Smedsgården

Hade femton avvikelser där tolv har kunnat redas ut. Tre avvikelser har inte utretts eller återfunnits.

Föreslagna åtgärder

- Att få in internkontroller fungerar till största delen bra. Den största orsaken när det inte fungerar är när kontrollansvarig sjuksköterska slutar och ersättare ska informeras om att ta över uppdraget och få det att fungera systematiskt. MAS har informerat enhetschef för HSL om att rutin för internkontroll inte fungerat inom 1 område under 2022. Behöver åtgärdas till 2023.
- Det som inte alltid fungerar är att förrådsansvarig sjuksköterska följer upp internkontrollen på sitt område genom att utreda brister/överskott/anmärkningar och åtgärda orsaker till dessa avvikelser och därefter alltid återkoppla skriftligt till MAS. Behöver återkommande tas upp i sjuksköterskegruppen av enhetschef för HSL.
- Vid varje uttag och tillförsel av kontrolläkemedel i förråd, ska alltid läkemedlet kontrollräknas och dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Detta behöver regelbundet tas upp i sjuksköterskegruppen.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling

Extern kvalitetsgranskning av apotekare ska utföras årligen av området läkemedelshandling såsom följsamhet av föreskrift, riktlinje och rutiner. Åtgärdsplan ska upprättas för identifierade brister. Enhetschef och sjuksköterska ansvarar för att åtgärder genomförs och återkopplas till MAS inom tre månader.

Extern kvalitetsgranskning genomfördes i november 2022 inom särskilt boende, korttidsenhet och hemtjänst/hemsjukvård. Kvalitetsgranskningen gjordes med temat narkotikaklassade läkemedel samt även inom läkemedelshandlingskedjans alla moment.

En granskning av akut- och buffertförrådet, enheternas eller områdets läkemedelsförråd gjordes. Stickprov gjordes i några patienters läkemedelsskåp och i hemtjänstens skåp i grupplokalen. Därefter genomfördes inom de olika granskningsområdena en kvalitetsdiskussion där enhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor, MAS och extern kvalitetsgranskare deltog.

Den externa kvalitetsgranskaren upprättade protokoll för kvalitetsgranskningen som var utförd enligt författningar och övriga riktlinjer. Protokollet innehåller förbättringsförslag med förslag på åtgärder utifrån granskningen. Enhetschef och sjuksköterska ansvarar för att göra åtgärdsplan och att den genomförs och att det återkopplas till MAS inom tre månader.

Sammanhållen vård och omsorg

Det finns tre arbetsterapeuter, tre sjuksköterskor och en biståndshandläggare som är utsedda till metodhandledare. De ska vara den interna stödfunktionen i processerna som beskrivs i ViSam samverkansmodell för planering och informationsöverföring. Metodhandledarna ska vara ett gott stöd för användarna inom den egna organisationen.

Inom vård och omsorg har man inte kommit igång ordentligt med att göra samordnade individuella planer – SIP vid utskrivning från slutenvården. Askersunds vårdcentral ansvarar för att kalla till SIP, hittills har det inte funnits ett bra arbetssätt för detta. Askersunds vårdcentral har sedan 2020 en vårdsamordnare anställd för att bl.a. arbeta aktivt med SIP. Det har ändå inte blivit någon förbättring då endast 5 SIP i samband med utskrivning från slutenvården är genomförda 2022. Fortsatt förbättringsarbete och mer aktiv samverkan mellan region och kommun behöver ske. SIP utbildning genomfördes under våren 2022.

Fokusområde 1 - 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.



Utredning av händelser – vårdskador och missförhållanden

Utifrån riktlinjer och rutiner omkring avvikelshantering ska utredning och dokumentation av rapporterade missförhållanden och vårdskador göras av teamledning (enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut) i de olika verksamheterna. Verksamheten ska göra åtgärder och förändringar i arbetssätt och metoder som gör att grundorsaken till avvikelserna åtgärdas. Uppföljning ska ske för att se att åtgärder haft effekt. Återkoppling till medarbetarna i verksamheten ska ske regelbundet.

Inkomna rapporter om risker, missförhållanden, vårdskador samt klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Teamledningen ansvarar för att göra denna övergripande analys två gånger om året.

Medicinskt ansvariga ser att utredningarna av missförhållanden är bristfälliga och utredningarna av vårdskador fungerar bättre men det är ofta en stor fördröjning mellan tiden för händelsen och när utredningen är gjord. Detta innebär att det gällande missförhållanden kan ha missats att utreda och anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. När det gäller vårdskador så blir utredningen av allvarliga vårdskador oftast försenad pga att grundutredningen fördröjs. Utredning av allvarliga vårdskador och lex Maria anmälningar görs av medicinskt ansvariga men oftast lång tid efter händelsen pga fördröjningen av grundutredningarna.

Medicinskt ansvariga bedömer också att det inom vissa avvikelsekategorier är för få inkomna rapporter. Under 2022 har totalt 1905 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. De största riskområdena är fall och informationsöverföring mellan vårdgivare. Redovisning av avvikelser finns ytterligare beskrivet under avsnitt 4, stärka analys, lärande och utveckling- avvikelser.

lex Maria och lex Sarah

Ingen lex Sarah anmälning har gjorts till IVO. Två lex Maria har anmälts till IVO som handlade om fördröjd vård och behandling. Utredningarna i dessa anmälningar visar på brister inom dokumentation, samverkan med andra vårdnivåer, bedömning av patienter och användande av beslutsstöd, teamsamverkan, förebyggande arbetssätt, arbetssätt och rutiner, uppföljning samt brister i kontakt och bemötande med anhöriga. Brister identifierades också i avvikelseprocessen, teamens basala utredningar görs ofta för lång tid efter händelser skett. Det systematiska arbetssättet brister vilket innebär att det är svårt att sätta in relevanta åtgärder och få en lärande organisation. En handlingsplan har upprättats där enhetschefer jobbar med förbättringsåtgärder som gäller både legitimerade och omvårdnadspersonal.

Fokusområde 2 - 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.



Läkemedelsskåp

Under 2022 köpte Socialförvaltningen in läkemedelsskåp med digitala lås för att säkerställa läkemedelshanteringen hos alla patienter i hemsjukvården som har hjälp med läkemedelshandling. Alla patienter med detta behov kommer få ett läkemedelsskåp installerat i hemmet. All personal som sedan tidigare har behörighet att låsa upp ytterdörrar med digitala nycklar i sin mobiltelefon kan nu få utökad behörighet att även låsa upp patienters läkemedelsskåp. Detta ger möjlighet att kvalitetssäkra läkemedelshandlingar och möjlighet finns att logga alla uppläsningar.

Kvalitetsregister

I kvalitetsregistren ansvarar enhetscheferna med stöd av övriga teamledningen att regelbundet ha koll på verksamhetens resultat. Redovisas i systemet för egenkontroll.

I Senior alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och bläsdysfunktion. (Bläsdysfunktion innebär störningar eller rubbningar i urinbläsans funktion, till exempel urinläckage, urinträngningar, tömningsproblem eller efterdropp. I många fall kan urininkontinens förebyggas och behandlas så att bot eller minskade läckage uppnås).

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister där alla dödsfall registreras och kvalitetsindikatorer följs.

BPSD-registret är ett arbetssätt vid BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens). Av de som lever med demenssjukdom drabbas 90 % någon gång av BPSD. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Syftet med BPSD-registret är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD skapar förutsättningar för personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen.

När BPSD skattningen görs tittar man på vad orsaken till BPSD är samt vad som kan göras för att BPSD inte ska uppstå. Det är viktigt att jobba förebyggande för att individen ska uppnå bästa möjliga livskvalité. Innan man arbetade med BPSD registret var läkemedel ofta en första åtgärd. Nu används sedan några år tillbaka flera olika alternativa åtgärder som t.ex. gungstol, vårddocka och terapikatter. De alternativa åtgärderna är enkla att arbeta med och ger ofta mycket positiva effekter genom att exempelvis lugna vid oro.

Senior alert

Fram till 2019 fanns ett väl upparbetat och fungerande systematiskt och förebyggande arbetssätt med Senior alert. Därefter har antalet riskbedömningar kraftigt minskat år från år. År 2019 gjordes 226 riskbedömningar och 2022 endast 58.

De flesta enheter har tappat det systematiska arbetssättet med riskanalys, förebyggande åtgärder och uppföljning i Senior alert. Borgmästargården och hemsjukvården Lerbäck har jobbat mer systematiskt med Senior alert än andra enheter och har flest riskbedömningar, de kan dock troligen göra fler. Övriga boenden och hemsjukvårdsområden samt Funktionsstöd har stora brister.

Av de riskbedömda under 2022 hade 80% någon form av risk och 91% hade en åtgärdsplan vid risk. Det förebyggande arbetet i Senior alert behöver återupptas med ett systematiskt arbetssätt i alla verksamheter i förvaltningen för att nå en god patientsäkerhet.

Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa

2022

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Askersunds kommun	58	80% 53 av 66	92% 40 av 53	91% 48 av 53	73% 30 av 41	7 0 personer	20 personer	2 2 personer	18 personer	✓
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	27	67% 18 av 27	94% 17 av 18	94% 17 av 18	62% 8 av 13	2 1 personer	4 personer	0 0 personer	5 personer	✓
Borgmästargården	11	89% 17 av 19	88% 15 av 17	94% 10 av 17	89% 17 av 19	1 1 personer	4 personer	0 0 personer	4 personer	✓
Gruppboende Askersund	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	✓
Smedgården	17	88% 15 av 17	93% 14 av 15	80% 12 av 15	33% 2 av 6	2 2 personer	12 personer	2 2 personer	9 personer	✓
Syrenen	3	100% 3 av 3	100% 3 av 3	100% 3 av 3	100% 3 av 3	2 2 personer	1 personer	0 0 personer	0 personer	✓
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

2019

Sverige / Kommun / Region

 År

 Typ av enhet

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Askersunds kommun	226	89% 226 av 254	90% 203 av 226	92% 208 av 226	81% 174 av 215	25 19 personer	57 personer	23 12 personer	69 personer	✓
Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	103	82% 89 av 109	84% 75 av 89	85% 76 av 89	61% 46 av 75	9 8 personer	28 personer	21 10 personer	24 personer	✓
Borgmästargården	15	87% 13 av 15	100% 13 av 13	92% 12 av 13	87% 13 av 15	3 2 personer	2 personer	0 0 personer	4 personer	✓
Gruppboende Askersund	14	87% 13 av 15	100% 13 av 13	100% 13 av 13	92% 12 av 13	0 0 personer	1 personer	0 0 personer	4 personer	✓
Lärkbacken	11	91% 10 av 11	100% 10 av 10	100% 10 av 10	89% 8 av 9	2 1 personer	8 personer	0 0 personer	5 personer	✓
Norra Bergen	59	95% 59 av 62	97% 57 av 59	98% 58 av 59	93% 56 av 60	3 3 personer	11 personer	0 0 personer	21 personer	✓
Syrenen	42	100% 42 av 42	83% 35 av 42	93% 39 av 42	91% 39 av 43	8 5 personer	15 personer	2 2 personer	13 personer	✓
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Basal utredning av blåsdysfunktion

När det gäller det systematiska arbetssättet med blåsdysfunktion följer det ganska väl mönstret för övriga delar i Senior alert. Antalet gjorda utredningar har fortsatt att sjunka sedan förra året. Under 2022 fick 40 unika personer i kommunen en riskbedömning i Senior alert gällande blåsdysfunktion. Av dessa hade 78% risk och 97% av dessa fick en åtgärdsplan. Det var en minskning med 32 riskbedömningar i jämförelse med 2021.

I hemsjukvården gjordes 14 riskbedömningar vilket var mer än en halvering i jämförelse med 2021. På Syrenen gjordes tre riskbedömningar vilket var en fjärdedel mot föregående år.

Borgmästargården och hemsjukvården Hammar och Lerbäck har jobbat mer systematiskt med flest utredningar, åtgärder och uppföljningar, de kan dock troligen göra fler. Övriga boenden och hemsjukvårdsområden samt Funktionsstöd har stora brister i den basala utredningen av blåsdysfunktion.

Blåsdysfunktion, vårdprevention och utfall

2022

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall	Visa detaljer
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
	Askersunds kommun	40 78% ↓ 38 av 48	97% ↑ 35 av 36	94% ↓ 34 av 36	83% ↓ 24 av 29	14% ↓ 4 av 29	
	Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	14 79% ↑ 11 av 14	100% ↑ 11 av 11	100% ↑ 11 av 11	83% ↓ 10 av 12	0% ↓ 0 av 12	
	Borgmästargården	11 71% ↓ 12 av 17	100% ↑ 12 av 12	100% ↑ 12 av 12	85% ↓ 11 av 13	23% ↑ 3 av 13	
	Gruppboende Askersund	0 0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	
	Smedsgården	12 83% ↓ 10 av 12	90% ↓ 9 av 10	80% ↓ 8 av 10	0% ↓ 0 av 1	0% ↓ 0 av 1	
	Syrenen	3 100% ↑ 3 av 3	100% ↑ 3 av 3	100% ↑ 3 av 3	100% ↑ 3 av 3	33% ↓ 1 av 3	
	Målvärden		75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %		

2021

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall	Visa detaljer
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Förbättring vid uppföljning	
	Askersunds kommun	72 79% ↓ 64 av 81	92% ↓ 59 av 64	95% ↑ 61 av 64	94% ↑ 45 av 48	17% ↑ 8 av 48	
	Askersund Hemtjänst Hsv Askersund	34 72% ↓ 26 av 36	92% ↓ 24 av 26	96% ↑ 25 av 26	90% ↑ 19 av 21	14% ↓ 3 av 21	
	Borgmästargården	14 84% ↑ 16 av 19	88% ↑ 14 av 16	88% ↑ 14 av 16	100% ↑ 12 av 12	0% ↓ 0 av 12	
	Gruppboende Askersund	0 0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	0% → 0 av 0	
	Smedsgården	14 86% ↑ 12 av 14	92% ↑ 11 av 12	100% ↑ 12 av 12	67% ↑ 2 av 3	0% ↓ 0 av 3	
	Syrenen	12 83% ↓ 10 av 12	100% ↑ 10 av 10	100% ↑ 10 av 10	100% ↑ 12 av 12	42% ↑ 5 av 12	
	Målvärden		75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %		

BPSD-registret

År 2022 gjordes endast sju registreringar i BPSD-registret vilket är en stor minskning mot tidigare år. Innan pandemin år 2018-2019 hade demensenheterna ett väl fungerande systematiskt arbete och jobbade bra med BPSD med goda resultat. 2020 prioriterades inte det systematiskt förebyggande arbetet med BPSD p.g.a. flytt från Norra Bergen till Smedsgården och den rådande pandemin. Om man jämför med 2019 då det gjordes 74 registreringar och alla boende hade en bemötandeplan så har det blivit en mycket stor försämring av patientsäkerheten fram t.o.m. 2022 då endast sju registreringar gjordes av arbetsterapeut och medarbetarna som har administratörsutbildning i BPSD har kommit ifrån arbetssättet. Det innebär att man ännu inte i slutet av år 2022 har en metod för att arbeta systematiskt med BPSD på enheterna som har boende med demenssjukdom, vilket är en stor brist som påverkar patientsäkerheten. BPSD behöver teamen på Smedsgården börja arbeta med systematiskt under 2023. Medicinskt ansvariga har följt upp detta med enhetschefer och arbetsterapeut på demensenheterna på Smedsgården och uppdrag om att se över rutiner och starta upp arbetet finns nu i början av 2023. Teamarbetet är viktigt för att få detta att fungera.

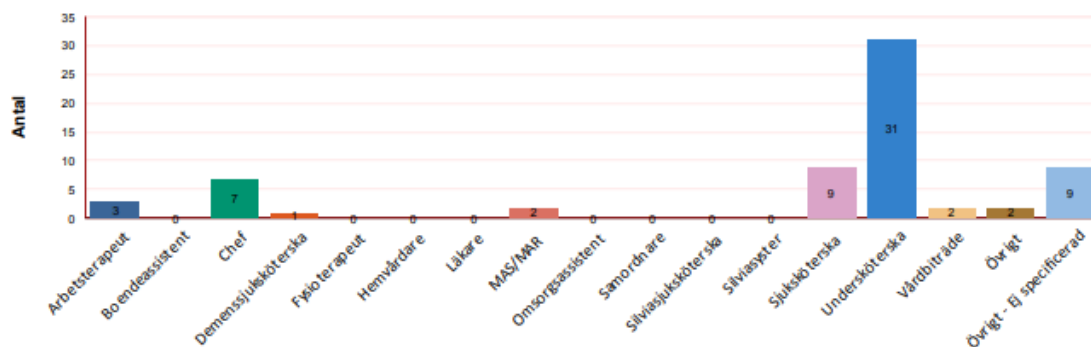
Registreringar i BPSD registret 2018-2022

År	2018	2019	2020	2021	2022
Askersund (Registreringar)	93	74	40	19	7

ANTAL UTBILDADE PERSONER I KOMMUNEN

Alla enheter som ansluter sig till BPSD-registret utser ett multiprofessionellt team, som deltar i en 2,5-dagarsutbildning med fokus på BPSD, demenssjukdomar, bemötande, förbättringsarbete och praktisk träning i registret.

Teamets uppgift är att driva registerarbetet tillsammans med enhetens övriga medarbetare. Olika yrkesroller har olika uppdrag, men alla är lika viktiga.



Socialförvaltningen har tidigare haft två certifierade utbildare i BPSD som tyvärr har slutat. Behov finns att en sjuksköterska och en arbetsterapeut på demensenheterna på Smedsgården går denna utbildning. Då kan kompetensen hos omvårdnadspersonalen säkras. Plan finns för att två legitimerade ska gå denna utbildning under 2023-2024.

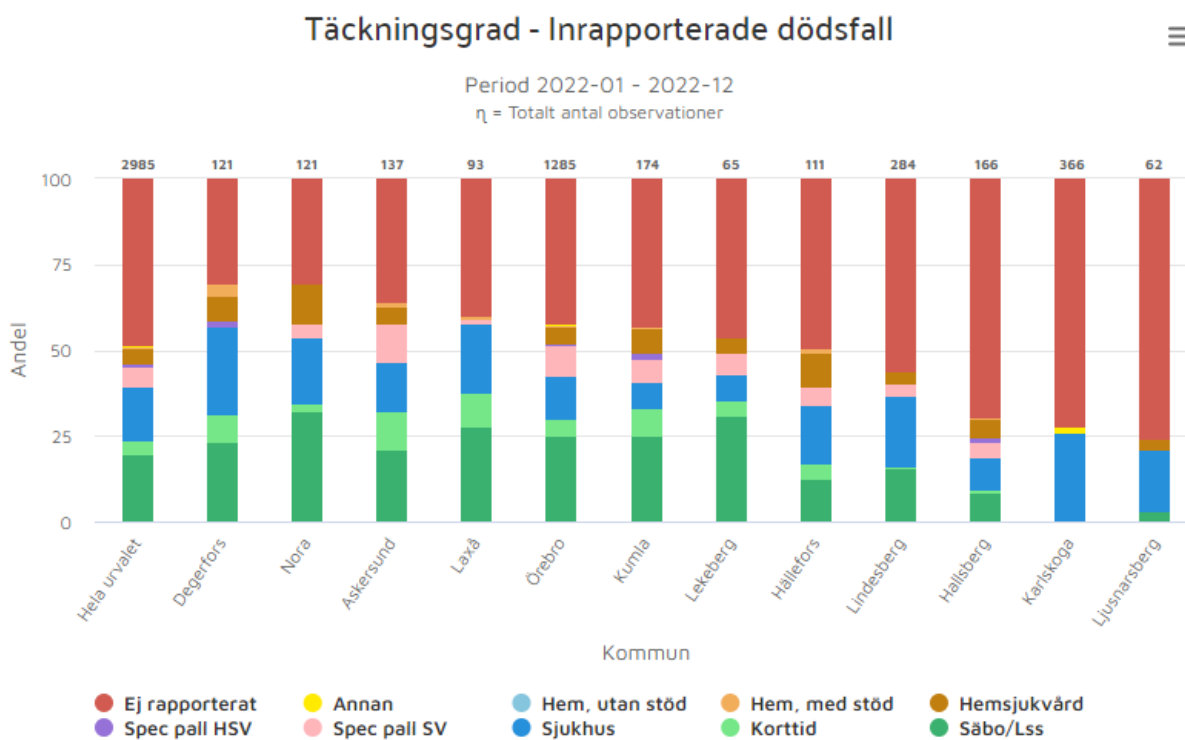
ANTALET CERTIFIERADE UTBILDARE I KOMMUNEN: 0

Totalt antal certifierade utbildare i hela landet: 350 (dec 2020).

För att underlätta spridningen och det lokala arbetet med BPSD-registret använder BPSD-registret sig av certifierade utbildare. Uppdraget varierar något, men består i huvudsak av att genomföra administratörsutbildningar, vara ett stöd i implementeringen av arbetssättet och att hålla uppföljande träffar för administratörer samt att minst en gång per år delta i de nätverksträffar som BPSD-registret ordnar för certifierade utbildare.

Svenska palliativregistret

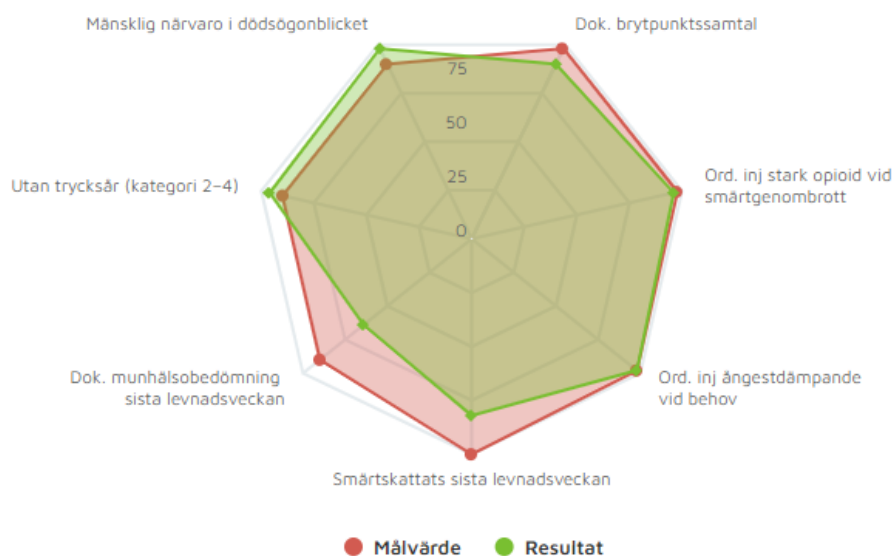
Målet är att täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70%, Askersund ligger under målvärdet med 64% i täckningsgrad. Uppföljning av den palliativa vården är ett förbättringsarbete som behöver göras under 2023. Alla patienter med palliativ vård registrerades inte i palliativregistret 2022 och det berodde antagligen på att det var många nya sjuksköterskor och sjuksköterskekonsulter under hösten. Sjuksköterska i palliativa teamet kommer hålla tätare koll i registret under 2023 så alla med palliativ vård kommer med.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Period 2022-01 - 2022-12



Indikatorerna för munhälsobedömning sista levnadsveckan har ökat från 60% till 64% (målvärde 90%), smärtskattning sista levnadsveckan har ökat från 47,5% till 82% (målvärde 100%) mot resultatet 2021. Det innebär en liten förbättring när det gäller munhälsobedömningar och en stor förbättring när det gäller smärtskattning. Dock behöver sjuksköterskorna fortsätta förbättringsarbetet med de båda indikatorerna för att nå målvärdena. Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och avliden utan trycksår (kategori 2-4) ligger långt över målvärdena däremot har dokumenterade brytpunktssamtal minskat från förra årets 95% till 90% (målvärdet 98%).

Fokusområde 3 - Säker vård här och nu

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



Riskhantering

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

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

Riskanalys

Riskanalys för patientsäkerhet ska göras enligt rutin inför verksamhetsförändringar och inför planering av kompetensförsörjning inför storhelger och sommarsesonger. Ofta kan det vara vid samma tillfällen som riskanalys för arbetsmiljön ska göras. I samband med pandemin har medvetenheten och kunskapen om riskanalyser för patientsäkerheten ökat väsentligt hos enhetschefer och legitimerade då man jobbat mycket aktivt med riskanalyser och uppföljningar av dem under pandemin.

På individnivå ska en teambaserad riskbedömning alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd kan sättas in.

Fokusområde 4 - 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.



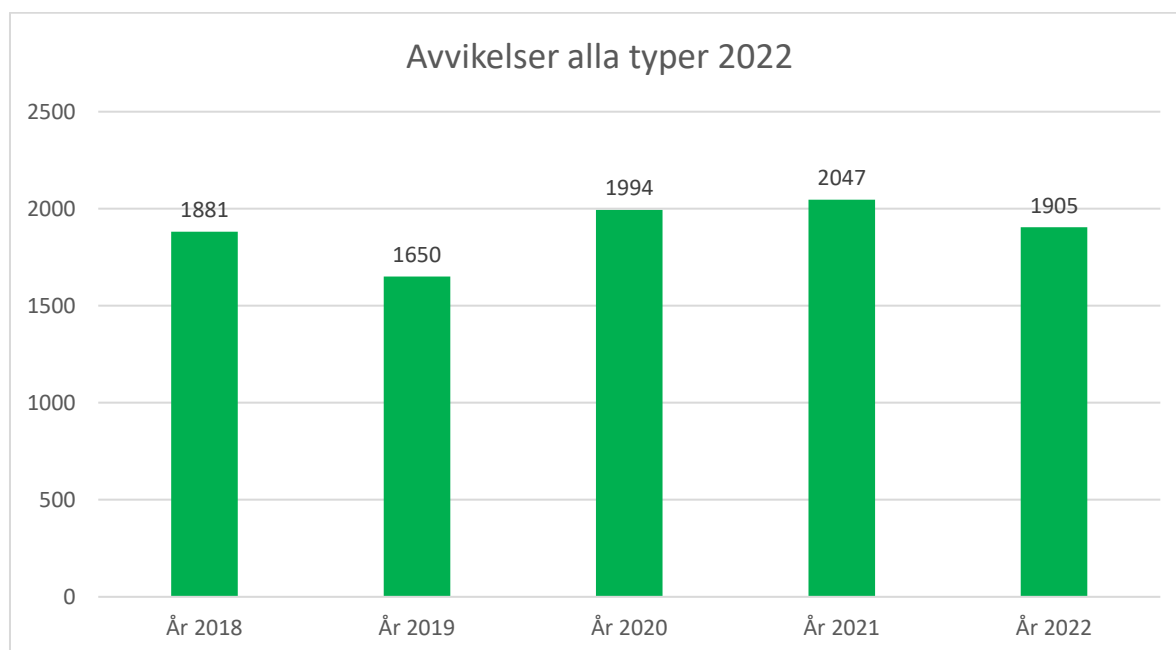
Avvikelser

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

Alla anställda har rapporteringsskyldighet av missförhållanden, vårdskador och risk för missförhållanden och vårdskador. Avvikelser är ett samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Det finns riktlinjer och rutiner gällande rapport av vårdskador, missförhållanden, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten, LSS och hälso- och sjukvården. Teamledningen ska göra en gemensam utredning av dessa avvikelser utifrån ett antal punkter och beslut ska tas om lämpliga åtgärder för att undvika att händelsen upprepas. En bedömning av händelsens allvarlighetsgrad ska göras. Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/områdeschef och därefter görs eventuellt lex Maria eller lex Sarah anmälan.

Avvikelser

Under 2022 har totalt 1905 avvikelser d.v.s. rapporter om missförhållanden och vårdskador rapporterats i förvaltningen. Det är 142 färre än 2021.



Avvikelser mellan huvudmän

16 avvikelser avseende brister i informationsöverföring mellan regionen och kommunen.

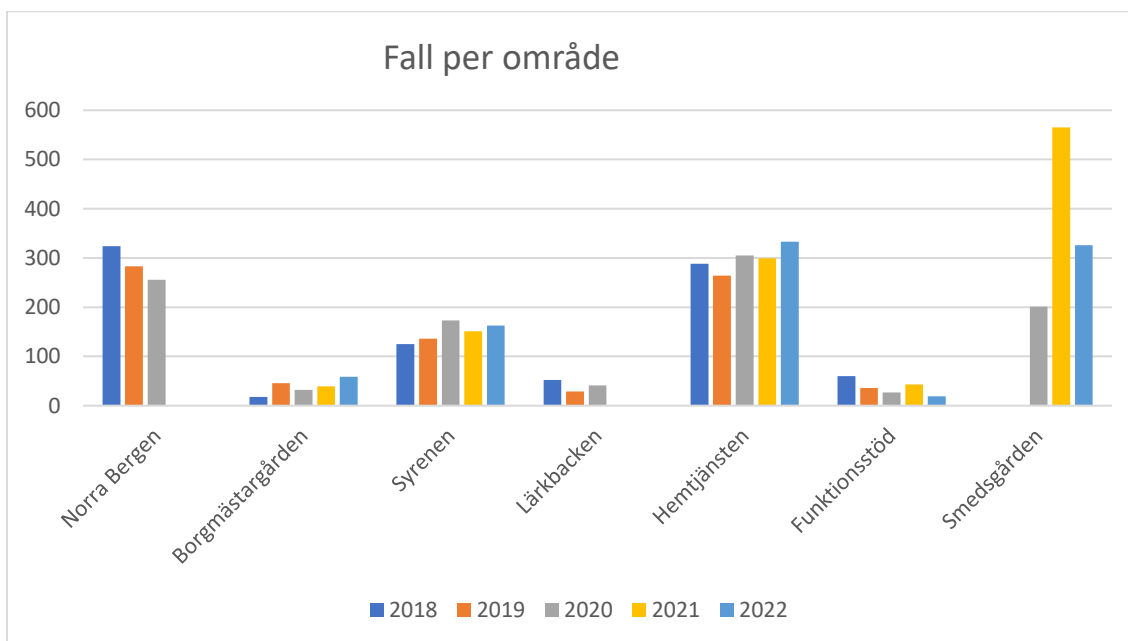
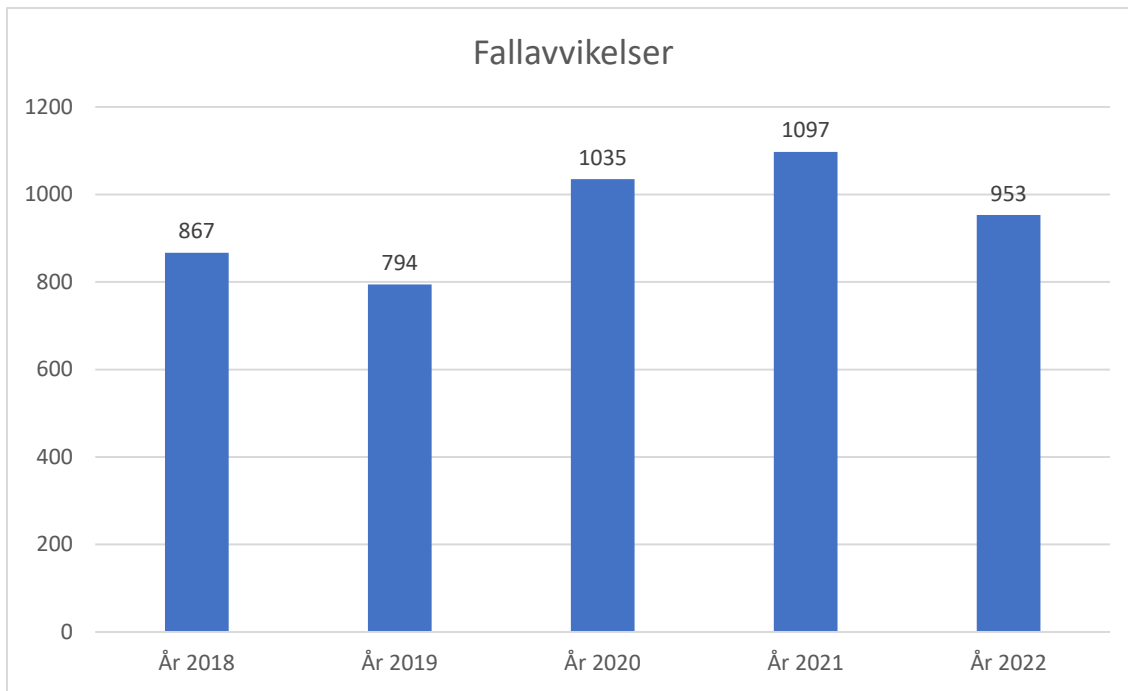
Avvikelser i allmän omvårdnad, service och träning

213 avvikelser har rapporterats under 2022, en ökning med 20 jämfört med föregående år. I hemtjänsten handlade 58 rapporter om brister i planeringen vilket ligger i nivå med år 2020. Utebliven insats uppges vara orsaken i 30 rapporter och tidsbrist i två.

Fallavvikelser

Det var 953 avvikelserrapporter om fallolyckor rapporterade 2022, en minskning med 144 fall i jämförelse med året innan. Orsaken till minskningen är till största delen att det under 2021 var fler personer än under 2022 som ramlade ofta p.g.a. diagnos och sjukdomsförlopp, trots att riskförebyggande åtgärder hade satts in. På Smedsgården har antal fall minskat med 239, Borgmästargården har ökat med 20, Syrenen ökat med 12, i hemtjänsten ökat med 34, och inom funktionsstöd minskade fallen med 24.

Konsekvenser av totala antalet fall blev bland annat tre höftfrakturer, tre annan typ av fraktur och 17 skallskador av olika grad. Vid fem tillfällen fick läkare kontaktas och vid 22 tillfällen fick patienten åka till sjukhus. 113 patienter rapporterades ha smärta efter fallet och vid 426 av de 953 fallen fick patienten ingen skada.

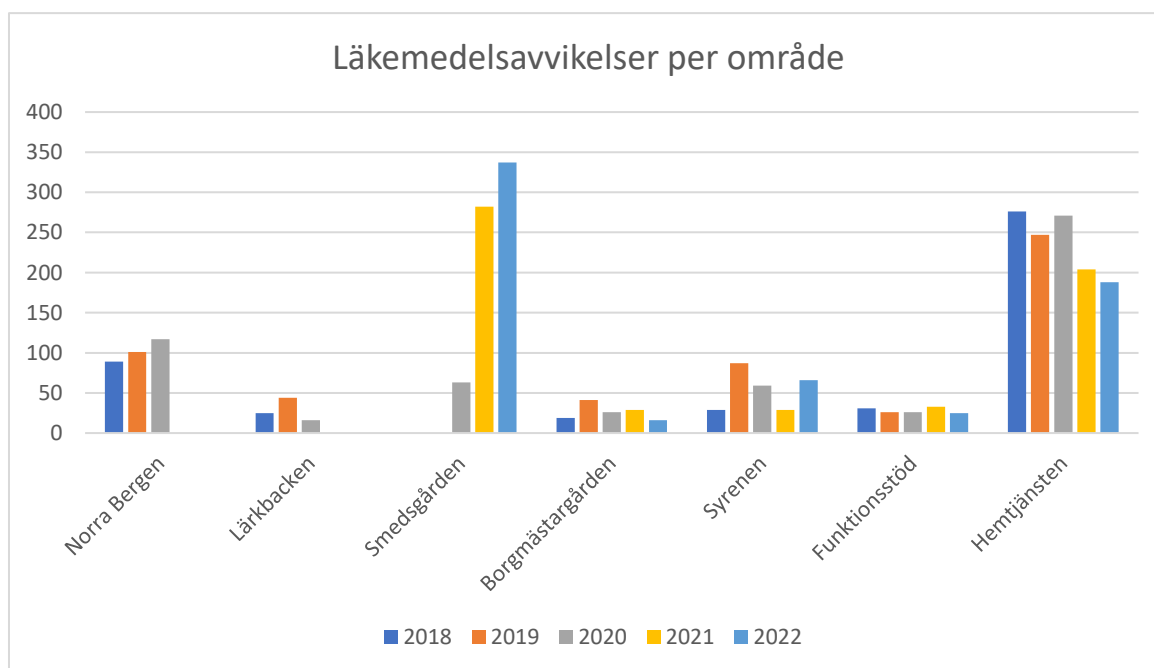
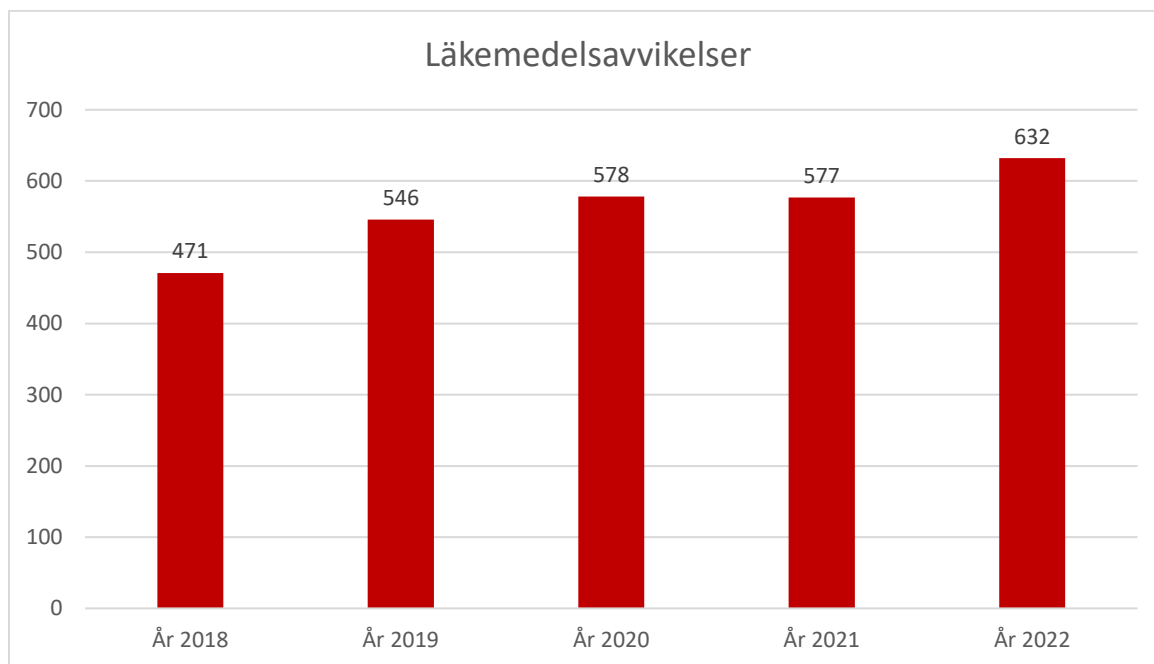


Läkemedelsavvikelser

632 avvikelser gällande läkemedelshantering rapporterades 2022, vilket är en ökning med totalt 55 sedan föregående år. Antal läkemedelsavvikelser har dock minskat mycket i hemtjänsten de senaste två åren. Även på Borgmästargården och inom funktionsstöd har läkemedelsavvikelserna minskat. Både Smedsgården och Syrenen har en större ökning av läkemedelsavvikelser sedan 2021.

En läkemedelsavvikelse kan vara förväxling av patienters läkemedel, läkemedel givet på fel tid, fel delat läkemedel, att fel läkemedel ges eller en avvikande summa vid narkotikakontroll.

Under 2022 gällde 206 avvikelser utebliven läkemedelsdos. Orsaker till läkemedelsavvikelserna var glömska 50, stress 47, brist i kontroll av tid 29, brist i kontroll av identitet tre. Det var 45 avvikelser gällande avvikande summa vid narkotikakontroll, 29 färre än 2021.



Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter är den del av förvaltningens avvikelshantering. I ledningssystemet finns en processbeskrivning och rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Av denna framgår att synpunkter och klagomål ska utredas av utsedd handläggare, oftast berörd enhetschef eller liknande, som ska klarlägga vad som har hänt, varför detta har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen. Dokumentation av ärendets handläggning ska ske i ärendehanteringsprogrammet Platina.

Under året har 24 synpunkter/klagomål inkommit till förvaltningen. Av dessa avser åtta bemötande/delaktighet, nio avser allmän omvårdnad/service/träning, sju avser bristande omvårdnad, fyra handlar om handläggning och rättssäkerhet och tre ärenden har kategoriserats under övrigt då de inte direkt avser synpunkter på förvaltningens verksamhet. Synpunkter och klagomål har huvudsakligen kommit in till förvaltningen i skriftlig form, antingen från brukare eller från anhörig till brukare.

Antal inkomna ärenden	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totalt	17	39	47	37	12	34	33	24

Tabell: Sammanställning av klagomål och synpunkter år 2015- 2022, redovisning av antal inkomna ärenden.

Kategori	Antal mottagna ärenden
Allmän omvårdnad/service/träning	9
Bemötande/delaktighet	8
Handläggning/rättssäkerhet	4
Övrigt	3

Tabell: Inkomna klagomål och synpunkter 2022, antal per kategori.

Handläggning

Det har inte gått att följa alla ärenden från ankomst till avslut i ärendehanteringssystemet Platina, endast i 29 procent av ärendena finns dokumentation från utsedd handläggare.

I de flesta ärenden har mottagningsbrev skickats, i några finns inte något sådant registrerat. Detta beror på att tilldelad handläggare ofta har en kontakt med uppgiftslämnaren i ett tidigt skede och då blir det överflödigt att i efterhand skicka ett mottagningsbrev.

Analys

Inkomna synpunkter och klagomål är lägre än år 2021.

Rutinen för hantering av förslag, synpunkter och klagomål har reviderats under år 2022. Chefsgruppen har haft en stor personalomsättning och en anledning till den bristande dokumentationen i Platina kan bero på att chefskonsulterna och de nya enhetscheferna inte haft kännedom om rutinen. Vissa ärenden har också dokumenterats i verksamhetssystem. Under hösten har genomgång/utbildning i den uppdaterade rutinen genomförts med enhetscheferna.

Förslag på åtgärder

Tydliggöra att inkomna klagomål där handläggare dokumenterat frågeställningar och svar/åtgärd i verksamhetssystem även ska dokumenteras i Platina.

Socialförvaltningens rutin för hantering av förslag, synpunkter och klagomål har reviderats. Enhetscheferna har fått utbildning i rutinen av utvecklingsledare och registrator/nämndsekreterare vilket förväntas ge ett bättre resultat vad gäller avslut och dokumentation i ärenden.

Fokusområde 5 - 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.



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

Handlingsplanen har tagits fram av Socialstyrelsen för att kraftsamla på flera nivåer. Det är utformat för att kunna stödja kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan ta fram principer, prioriteringar och målsättningar för ökad patientsäkerhet.

Fyra grundläggande förutsättningar behövs för att minska vårdskadorna:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa områden utgör strukturen för de nationella åtgärderna och kan också ligga till grund för prioriteringar på nationell, regional och kommunal nivå.

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Lokal handlingsplan - Agera för säker vård

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva alltmer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård, omställningen till nära vård och en demografisk utveckling med en ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen är alla faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Ett genomförandestöd med tillhörande analysverktyg utgör tillsammans ett stöd till kommuner i utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet och i framtagandet av lokala handlingsplaner i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Verktöget är också ett stöd för utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommuner i samband med omställningen till en nära vård.

MAS och MAR var under hösten 2021 analysledare för en tvärprofessionell arbetsgrupp i socialförvaltningen. Gruppen gjorde med hjälp av analysverktyget en nulägesanalys av patientsäkerheten samt identifierade och prioriterade åtgärder. Sammanställningen av detta överlämnades till ledningsgruppen.

MAS, MAR, områdeschef för vård och omsorg och utvecklingsledare gjorde utifrån den sammanställda analysen under våren 2022, en lokal handlingsplan med åtgärder för de högst prioriterade områdena i riskanalysen. Handlingsplanen överrapporterades och överlämnades till socialchef och områdeschef på ledningsgrupp i juni 2022. Efter det har inte handlingsplanen använts eller jobbat med i verksamheten vilket var planen, och en orsak till det är att både områdeschef för vård och omsorg och socialchef slutade under sommaren 2022. Det finns fortfarande områden i den handlingsplanen som finns behov av att jobbas vidare med under kommande år.

Agera för säker vård – Nationell handlingsplan 2020-2024 – Socialstyrelsen

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Medicinskt ansvariga tillsammans med enhetschef HSL och kvalitetssjuksköterska bildar en områdesledningsgrupp för hälso- och sjukvården och rehabilitering, HSL OLG. I början av 2023 planeras att få igång ett nytt arbetssätt inom hela HSL- enheten. Det kommer innebära kvalitetsmöten med olika teman under året. Spetskompetenser inom olika yrkeskategorier lyfts fram och ska få ta ansvar för att uppdatera sig inom sitt kompetensområde samt sprida kunskap vidare till kollegor. Uppföljning av rutiner och arbetssätt kommer ske kontinuerligt varje vecka av enhetschef och kvalitetssjuksköterska. Veckobrev kommer skickas ut med veckans viktigaste information till HSL- enheten. Medicinskt ansvariga planerar att följa upp teman/kvalitetsområden under året.

Socialnämndens egna formulerade mål

Målområde 2 – De kommunala kärnverksamheterna

Arbeta med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen och systematiskt arbetssätt, uppföljning och analys utifrån ledningssystemet

Mått/metod: Mätning i egenkontrollerna

Adressering: Förvaltningen

	Utfall	Utfall	Mål	Mål	Mål	Mål
År	2021*	2022	2023	2024	2025	2026
Egenkontroller utförs enligt rutin, procent	XX	25	100	100	100	100

* Saknar uppgift för 2021.