

Patientsäkerhetsberättelse för Säffle kommun 2022



Inledning

Patientsäkerhetslagen (2010: 659) trädde i kraft den 1 januari 2011. Syfte med lagen är att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att tydliggöra bland annat vårdgivarens ansvar.

Vårdgivaren (i Säffle kommun, socialnämnden) ansvarar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett eller kunnat leda till vårdskada.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skall vårdgivaren som bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars som skall finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Det skall i patientsäkerhetsberättelsen framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

Syfte med patientsäkerhetsberättelsen är bl.a. att förstärka vårdgivaren kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, att underlätta IVO:s (Inspektion för Vård och Omsorg) tillsyn och att tillgodose informationsbehov hos andra intressenter t.ex. allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

Definition **tillbud**: En händelse som hade kunnat medföra en vårdskada

Definition **negativ händelse**: En händelse som medfört vårdskada

Definition **vårdskada**: Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården.

Definition **avvikelsehantering**: Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera tillbud och negativa händelser samt för att säkerställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra till enheterna.

Kommunal hälso-och sjukvård

I Värmland beslutades 1992 i ÄDEL överenskommelsen att alla över 7 år som inte kan ta sig till Vårdcentralen kan få hjälp av kommunens hälso-och sjukvård. Kommunen bedriver inte akutsjukvård utan vården ska vara planerad, det ska finnas en läkaranteckning i primärvårdens journal som legitimerad personal tar del av vilka åtgärder som skall utföras i kommunen. Kommunen anställde sjuksköterskor men gjorde tjänsteköp med regionen med rehab personal fram till 2004 då kommunen anställde egna arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och hjälpmedelstekniker. Många arbetsuppgifter delegeras till vård och omsorgspersonal.. Idag arbetar ca 30 sjuksköterskor, ca 10 arbetsterapeuter/fysioterapeuter samt 2 hjälpmedelstekniker i kommunens hemsjukvård. För att bedriva en god hälso-och sjukvård behövs hela teamet; sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, hjälpmedelstekniker samt vård och omsorgspersonal.

Under 2021 lämnade ett flertal sjuksköterskor sina jobb för andra uppdrag vilket medfört att 2022 har varit ett år då behov har funnits av hyrsjuksköterskor och timanställda för att kunna bedriva en god och säker vård. Det är svårt att rekrytera sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter vilket blivit ett nationellt problem.

Antal patienter som vårdas i kommunal hälso-och sjukvård

Kommunens hälso- och sjukvård rapporterar varje månad till socialstyrelsen individstatistik. Under 2011-2017 fördes statiken manuellt. Från 2018 har den tagits ur verksamhetssystemet Procapita.

Tabell 1. Antal patienter med HSL åtgärd per månad (exklusive Lindbacken)

Från 2019 skickas en fil från verksamhetssystemet procapita som innehåller antal unika patienter per månad och KVÅ statistik (Kvalité av vårdåtgärder) till socialstyrelsen varje månad för all legitimerad personal.

	2020 Personer med HSL åtgärd	2021 Personer med HSL åtgärd	2022 Personer med HSL åtgärd
Jan		780	888
Febr		802	889
Mars		817	914
April		810	917
Maj	738	820	900
Juni	730	815	847
Juli	706	812	828
Augusti	729	830	847
September	747	852	879
Oktober	741	863	889
November	765	886	903
December	756	878	902

Tabellen visar antal personer med HSL åtgärder per månad. Privata entreprenörer lämnar ännu inte denna statistik så Lindbackens patienter ingår inte här. Då kommunen införde ny HSL avgift i april 2020 medförde detta en översyn i verksamhetssystemet. Många låg vilande, dessa har flyttats så statistiken visar från maj 2020 visar faktiska personer och mer relevant statistik. Avlidna ligger kvar innevarande månad, sedan tas de bort. Felmeddelande visas i filöverföring till Socialstyrelsen då filen körs mot befolkningsregistret. Ser man till 2022 jämfört med 2020 så har antalet patienter med HSL åtgärd **ökat med omkring 200 personer** från juli 2020.

Tabell 2. Socialstyrelsens statistik över KVÅ koder på antal män och kvinnor som under året fått någon HSL åtgärd utförd.

Kommuner i Värmland	Antal män med KVÅ kod 2019	Antal kvinnor med KVÅ koder 2019	Totalt	Antal män med KVÅ kod 2020	Antal kvinnor med KVÅ koder 2020	Totalt	Antal män med KVÅ kod 2021	Antal kvinnor med KVÅ koder 2021	Totalt
Säffle	419	641	1060	430	601	1031	452	625	1077
Kil	284	410	694	285	423	708	363	486	849
Eda	214	279	493	217	288	505	215	284	499
Torsby	347	461	808	344	468	812	415	557	792
Storfors	110	119	229	98	122	220	96	122	218
Hammarö	262	389	651	277	364	641	288	402	690
Munkfors	-	-		56	89	145	35	54	89
Forshaga	-	-		--	--	--	162	310	472
Grums	199	291	490	214	317	531	220	317	537
Årjäng	189	282	471	192	289	481	220	305	525
Sunne	354	481	835	372	553	925	409	561	970
Karlstad	1373	2249	3622	1418	2234	3652	1484	2382	3860
Kristinehamn	491	798	1289	513	772	1285	498	803	1301
Filipstad	277	424	701	286	409	695	296	420	716
Hagfors	340	461	801	357	485	842	445	580	1025
Arvika	556	961	1517	543	896	1439	546	932	1478

Socialstyrelsen har valt att presentera sin statistik över antal män och kvinnor som erhållit någon KVÅ kod under året. Under 2021 har 1077 unika personer på något sätt tagit del av hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens statistik för 2022 presenteras inte förrän under mars 2023.

Tabell 3. Antal KVÅ åtgärder i Säffle kommun registrerade av legitimerad personal (exklusive Lindbacken)

Månad	KVÅ koder/månad 2019	KVÅ koder/månad 2020	KVÅ koder/månad 2021	KVÅ koder/månad 2022
jan	2263	2929	3117	2866
febr	2666	2593	3591	2708
mars	2919	2838	3523	3815

april	2880	2808	3061	3226
maj	2748	2533	3016	3280
juni	2448	2843	2696	3158
juli	2686	2310	2347	2521
aug	2611	2783	2340	3166
sept	2667	3365	2845	3175
okt	2800	3028	2885	3389
nov	2630	3244	3238	3299
dec	2337	3361	2966	2940
Summa	31655	34636	35625	39565

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter har registrerat 39565 KVÅ åtgärder under 2022.

De vanligaste förekommande KVÅ åtgärderna för rollen sjuksköterskor var 2022 Konferens om patienten, Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos, konferens med patienten, sårvård, provtagning. Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten, läkemedelstillförel subcutan injektion, inkontinensvård mm. Sjuksköterskan behöver ta kontakt med många det kan vara sjukhuset, vårdcentralen, biståndshandläggare, hemtjänstpersonal osv. När det gäller läkemedel är ett mål att så många som möjligt har dosdisponerade läkemedel. Under 2022 har sjuksköterskorna haft hjälp av två undersköterskor. Deras åtgärder rapporteras inte ännu vilket medför att egentligen skulle antalet åtgärds-koder varit fler. KVÅ åtgärderna har inte specificerats på yrkesgrupp då dessa till antalet manuellt måste räknas fram ur filen ur systemet. Socialstyrelsen presenterar ännu inte KVÅ åtgärder på respektive yrkeskategori.

De vanligaste förekommande KVÅ åtgärderna för rollen Arbetsterapeuter 2022 var utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel(exklusive rullstol), konferens om patienten, konferens om patienten, anpassning av produkter och teknik i det dagliga livet, träning i att använda hjälpmedel, uppföljning av hjälpmedelsförskrivning, hjälpmedelsrådgivning. KVÅ åtgärderna har inte specificerats då dessa till antalet manuellt måste räknas fram ur filen ur systemet. Socialstyrelsen presenterar ännu inte KVÅ åtgärder på respektive yrkeskategori.

De vanligaste förekommande KVÅ åtgärderna för rollen Fysioterapeut var 2022 Konferens med patient, utprovning av övriga hjälpmedel(exklusive rullstol), konferens om patienten, bedömning av att gå, muskelfunktions och styrketräning, bedömning av lägesändring samt bibehållande av kroppsställning, rörlighetsträning. KVÅ åtgärderna har inte specificerats då dessa till antalet manuellt måste räknas fram ur filen ur systemet. Socialstyrelsen presenterar ännu inte KVÅ åtgärder på respektive yrkeskategori.



Källa:

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

Svensk hälso-och sjukvård har en lång tradition av aktivt patientsäkerhetsarbete. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet. En nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso-och sjukvården 2020-2024 finns framtagen **Agera för säker vård**. Denna ska ligga till grund för patientsäkerhetsberättelsen och framtagande av en lokal handlingsplan.

Innehåll

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING.....	8
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	9
Övergripande mål och strategier.....	9
Organisation och ansvar.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare.....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	18
Säker vård här och nu.....	24
Riskhantering.....	24
Stärka analys, lärande och utveckling.....	27
Avvikelser.....	27
Klagomål och synpunkter.....	34
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	34
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	35

SAMMANFATTNING

Under 2022 har vi alla haft fokus på covid. Våra sköra äldre brukare/patienter har vi försökt skydda vilket all vårdpersonal gjort jättebra. Vårdpersonalen har största delen av året jobbat med source control förbyggande dvs. munskydd och visir inom 2 m från patient/brukare. Vilket varit/är både jobbigt och krävande. Smittskydd Värmland tog fram en hygienstrategi under året som beredningsgruppen rekommenderar Regionen och kommunerna att följa. En viktig del som detta för med sig är vikten av basal hygien som också förvaltningen har som ett mål att följa. Vår mätning som gjordes i november 2022 visar på att alla måste ta basal hygien på allvar. Andel korrekt i de fyra hygienstegen har ökat från vårens mätning från 69,5 % till 71,5% i höstens mätning men vi når inte målet 100% ännu. Nationell mätning sker v 11-12 2023.

Betydelse av samverkan med Regionen kan lyftas fram där smittskydd varit behjälplig med rutiner, stöd och råd. Regelbundna teamsmöten med kommunernas MASar har hållits. Hygienronder har påbörjats. Covid vaccination har skett i samverkan där kommunens sjuksköterskor ansvarat för att vaccinera alla som inte kunnat ta sig till Vårdcentralen med covid vaccination både vår och höst.

En hel del resultat finns för året, men med hyr och timpersonal har det dagliga arbetet prioriterats vilket medfört att mycket har lagt till sidan när det gäller utveckling inom patientsäkerhet. Det finns mycket att göra inom varje område framför allt att arbeta med våra kvalitetsregister. Mål finns för många områden som inte ännu är uppfyllda. En subjektiv upplevelse finns hos personalen att antal sår ökat under covid tiden. Kanske är det många som inte har rört sig så mycket denna tid. Under 2022 har vi provat PU sensor vilket skulle ge oss förebyggande indikation om en patient är benägen för trycksår. Denna föll inte bra ut, svårt att få patienterna att ligga still. Därför är denna i nuläget avvecklad. En duo app att mäta sår har provats men då denna idag saknar att mäta sår djup har denna också avvecklats. I HALT studiens resultat kan man se att andra sår ligger över riket 15,6% mot riket 10,7% dock är resultat från vår kommun endast från ett särskilt boende med få deltagare.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har jobbat på. Perioder har bemanningen var tunn då rekrytering har varit svår. En hyr fysioterapeut har använts maj till december.

Under året 2021 togs en målbild fram för God och nära vård. Färdplanen är nu framtagen. Projekt Västra Värmland pågår där fokus ligger på barnresan, äldre resan och egen monitorering. Samverkan måste utvecklas för att kunna möta ökad befolkning.

En nationell handlingsplan för patientsäkerhet finns framtagen av Socialstyrelsen för 2020-2024 där varje verksamhet sedan ska utforma en lokal handlingsplan, detta är ett arbete som återstår.

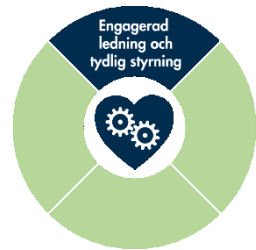
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

- **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. Två områden som tas upp är Övergripande mål och strategier samt organisation och ansvar.



Övergripande mål och strategier

Övergripande mål för patientsäkerhet

- Individens behov i centrum - patienten kan åldras i trygghet och vara självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg
- Patientsäkerhetsarbetet kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan samt att personalen arbetar förebyggande. Jämförelser kan göras av åtgärder och resultat såväl nationellt, regionalt som lokalt.
- Målet är att minska antalet vårdskador. Genom att systematiskt arbeta för att minska vårdskador kan kvaliteten i vården förbättras och resurser frigöras.

Mätbara mål utifrån Politiskt inriktningsdokument Nya Perspektiv – Vuxenlivet

Målen utifrån Nya perspektiv har reviderats och ligger framåt till år 2025. Begreppet äldres hälsa är ändrats till Vuxenlivet och utmaningen är den gemensamma inriktningen, att huvudmännen i samverkan aktivt ska säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för att alla människors välbefinnande i alla åldrar. (Agenda 2030).

- Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025.
- Antalet undvikbara slutenvårdstillfällen ska minska till 20% 2025.
- Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025.
- Minst 90 % av de personer som får demensdiagnos ska 2018 ha genomgått en fullständig basal demensutredning 2025.
- Andelen personer >75 år som får olämpliga läkemedel ska minska till 5 % år 2025.
- Antalet fallolyckor för personer > 80 år ska minska.

Ledningssystem

Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens riktlinjer/rutiner och processer.

Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem enligt;

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås, att händelser som kan leda till vårdskada, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår. Arbete med ledningssystem pågår ständigt och är en fortlöpande process.

Organisation och ansvar

Socialnämndens ansvar (Vårdgivaren)

Socialnämnden skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnden skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar HSL 4 kap 2§

Verksamhetschefen HSL tillika MAS sedan maj 2020 skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera riktlinjer/rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) ansvar enligt HSL 11 kap 4§

MAS/MAR (MAR uppdraget ingår i MAS samt avd chef) skall tillsammans med enhetschefer upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Verksamheten skall hålla hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet.

Enhetschefers ansvar

Enhetschefer ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef, MAS/MAR, avdelningschef fastställt är väl kända i verksamheten samt att delegerad hälso- och sjukvårdspersonal får den utbildning som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare.

Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och överenskommelser/avtal. Här finns exempel på avtal, överenskommelser och resultat från några områden.

- Riktlinjer kring läkemedelshantering inom kommunal hälso-och sjukvård
- Effektiv och säker läkemedelshantering i Värmland
- Avtal om läkarmedverkan
- Lokala överenskommelser om läkarmedverkan med Vårdcentralen Säffle/Nysäter och Svea Vårdcentral, Praktikertjänst
- Riktlinjer för samverkan kring informationsöverföring och rutiner kring cosmic links.
- Överenskommelse om personer med psykisk funktionsnedsättning
- Överenskommelse om personer som finns inom Barnhabiliteringen och Vuxenhabiliteringen
- Riktlinjer för nödvändig tandvård i Värmland
- Avtal med Regionens patientsäkerhetsnämnd
- Avtal medicintekniska produkter och sårprodukter (sondmat och näringsdrycker)
- Avtal sjukvårdsmaterial
- Avtal inkontinensprodukter
- Samverkansavtal med smittskydd
- Samverkansavtal Egenvård 0-6år, 7 och vuxna
- Samverkansrutin LSS/LASS på sjukhus
- Styrdokument Missbruk- och beroendevård i Värmland
- Samverkan mellan Vuxenhabiliteringen, Neurologkliniken och kommunen i övergången från slutenvård till öppenvård för vuxna med förvärvad hjärnskada

Lokala överenskommelser om läkarmedverkan

Lokal överenskommelse kring läkarmedverkan med Vårdcentralen Säffle/Nysäter finns, denna har uppdaterats 2022. Regionen har tagit fram ett gemensamt utkast för överenskommelse utifrån arbetet god och nära vård och en färdplan. Lokal överenskommelse kring läkarmedverkan med Svea Vårdcentral, Praktiker tjänst finns och är uppdaterad 2019. Region Värmland har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Överenskommelserna reglerar samarbetsformer och läkarmedverkan.

Samverkansavtal med smittskydd

Kommunen har sedan långt tillbaka ett samverkansavtal med Smittskydd inom Region Värmland som ger rätt till råd, stöd och utbildningsinsatser. Under 2020-2022 har ett utökat samarbete med smittskydd pågått. Varje måndag har digitala möten med MAS i Värmland skett utifrån corona läget. Många gemensamma riktlinjer har utarbetats.

Kommunal hälso- och sjukvård har sedan flera år tillbaka varit Region Värmland behjälplig med influensa vaccination. Patienter som fått influensa vaccin tidigare men har svårt att ta sig

till vårdcentral kan få sitt vaccin av sjuksköterska i kommunen. Under 2022 har kommunen även vaccinerat många brukare/patienter mot covid och pneumovax. Personal har erbjudits influensa vaccin.

Tabell 4. Antal givna vaccinationer

Vaccin	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal givna influensa vaccinationer	312	350	310	288	316	327	303	355	437 + 155 hög dos	
Antal givna Pneumovac			12	4	1	5	0	0	3	
Influensavaccinationer Personal					141	80	99	174	72	75
Covid vaccin patient/brukare									2114	
Covid vaccin personal									367	

Antalet influensavaccinationer ökade 2021 troligen på grund av pågående pandemi. Vi började 2017 att erbjuda personalen inom socialförvaltningen influensavaccin då detta var en rekommendation från smittskydd eftersom virusstammen visar sig gå längre ner i åldrarna. 2020 var det 174 personal som önskade ta influensavaccination. 2022 var det 75 som vaccinerades i kommunen. Troligen har några medarbetare fått influensa vaccination i samt med covid vaccination på Vårdcentralen. Statistiken finns då på Regionen. Statistik saknas för 2022 då systemet Svevacs data gått över i Mitt vaccin och inte kan tas fram i dagsläge. Felsökning pågår av Regionen.

Tandvård

En överenskommelse mellan Regionens folktandvård och kommunen finns sedan 2015 denna brukar revideras årligen, men har inte reviderats under 2022. Denna syftar till att tydliggöra respektive organisations ansvar för de sjuka äldres munhälsa samt bedriva samarbetsformer och arbetsuppgifter. Regionen ansvarar för att utbilda kommunens personal i tandvård. Under året har detta skett via teams då fysiska möten inte kunde planeras in. MAS/MAR har inte blivit kallad för uppföljning under 2022 troligen pga. av brist på personal inom Regionen. Utbildning till personal har skett som tidigare och sista tiden via teams.

Informationssäkerhet

Informationssäkerheten inom socialförvaltningen innefattar att tillgodose patientens säkerhet och integritet samt att åtgärder finns för att uppnå detta i verksamheten.

Årlig rapportering av informationssäkerhetsinsatser ska ske enligt Socialstyrelsen (HLSF-FS 2016:40). I förvaltningen finns skriftliga rutiner som beskriver hur loggkontroller utförs i verksamhetssystemet. I dessa rutiner beskrivs hur den systematiska stickprovskontrollen genomförs i verksamheten. Riktlinjen för logg kontroll var uppdaterad inför 2021.

Logggranskning förs i verksamhetssystemet procapita, HSA katalog, NPÖ, nationell patientöversikt samt loggar ur Cosmic Links dessa tas ut av MAS/MAR. MCSS kommer från APPVA, signering för bl.a. läkemedel, där kör företaget en stickprovsrapport varje månad.

Analys 2022: Loggningsprotokoll från verksamhetssystemet Procapita, MCSS, Cosmic Links finns för i diariet. Inga påvisade överträdelser när det gäller leg. personal har påvisats vid granskning. Dokumentation från HSA katalog, NPÖ finns hos MAS. Två faktors inloggning behövs för många system i vården. En revision av SITHS påbörjades under december 2021 av Inera som slutfördes i början av mars 2022. En arbetsgrupp har fått demonstrerat fyra olika system kring säkra videomöten, detta är förmedlat vidare till kommunens digitaliseringsgrupp. All personal genomförde en digital utbildning på intranätet i informationssäkerhet under februari månad. Kommunens Policyn för informationssäkerhet uppdaterades i mars 2022.

Uppföljning inför 2023:

Uppföljning visar att det är viktigt att gå igenom loggar för att granska IT-säkerheten. En rutin för behov och riskanalys gällande behörigheter till verksamhetssystemet för HSL bör tas fram. En arbetsgrupp är tillsatt för att ta fram detta. Ett övergripande ledningssystem för informations säkerhet (LIS) i kommunen finns där samtliga system ska följas upp kontinuerligt.

- **En god säkerhetskultur**

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



I verksamheten pågår ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador. Personalen rapporterar i avvikelsemodulen så fort något inträffar och i de flesta fall kontaktas sjuksköterskan som tar ställning till ev. akuta åtgärder. Avvikelserna som kunde lett till vårdskada går igenom på veckomöte i ordinärt boende och månadsmöte/APT på särskilt boende. Avvikelser som lett till vårdskada skickas till MAS. Ingen ska känna att det är fel att rapportera en avvikelse. Personalen lär hela tiden av de avvikelser som uppstår vilket är viktigt för verksamheten.

- **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.

All fast personal inbjöds till socialförvaltningens medarbetardagar där temat var God och nära vård. Både personal från kommun och Regionen berättade vad god och nära vård innebär och den samverkan som är nödvändig.

Under 2022 har tre sjuksköterskor påbörjat sin vidareutbildning till distriktsköterska, en på helfart och två på halvfart.

Då covid begränsat möjligheter till fysiska möten har dock en hel del erbjudits på Teams.



- **Patienten som medskapare**

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.



Patienters och närståendes delaktighet

Samverkan sker genom att

- De får medverka vid upprättande av vård och omsorgsplaner/genomförandeplaner samt vid SIP(samordnad individuell plan)
- De blir informerade om att nationella studier genomförs och att kommunen deltar i kvalitetsregister
- De blir informerade vid utredning av vårdskador
- De blir informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

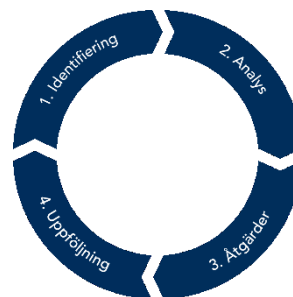
Samverkan med medborgare i övrigt

- Sker genom att ha en lättillgänglig information via kommunens hemsida.
- Sker via information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.
- Enkätundersökningar

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

1. Identifiering
2. Analys
3. Åtgärder
4. Uppföljning



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet Avvikelsehantering

All hälso-och sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera risker och händelser som kunnat medföra en vårdskada. I de flesta fall kontaktas sjuksköterskan muntligen som tar ställning till ev. akuta åtgärder och en avvikelse skrivs. Från 2022 har avvikelser skickats digitalt vilket varit lite trögt under året, framförallt med utredning av dessa. Alla avvikelser som registrerats i systemet har delgivits socialnämnden varje månad. Externa avvikelser skickas vidare av MAS.

Patient- och närstående

Klagomål och synpunkter

Blankett för klagomål och synpunkter finns hos alla patienter och en blankett/e-tjänst finns på kommunens hemsida. Klagomål utreds och diarieförs samt besvaras till den som inkommit med klagomålet. Avtal finns med Regionens patientnämnd som lämnar en sammanställning över de klagomål de fått in varje år som delges socialnämnden.

Verksamhetens Egenkontroll

Följande egenkontroll har följts under året för att uppnå en hög patientsäkerhet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Läkemedelsgranskning med apotekare	1 gång/år	Protokoll
Digital signering	löpande	MCSS (APPVA)
Samverkan vid utskrivning	löpande	Återinskrivna 1-30 dagar Cosmic links
HALTstudie	1 gång per år	Senior alert
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Smärtskattning, munhälsa	1 gång per år	Palliativa registret
Demenssymtom	löpande	BPSD registret
Demensdiagnos Registrering särskilt boende	1 gång/år	Svedem

Avvikelser	1 gång per månad	Rapport till nämnd
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM mätning
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande	MAS, Patientnämnden, IVO,



1. Öka kunskap om inträffade vårdskador

Identifiera, utreda och mäta - vårdskador

Genom att identifiera, utreda och mäta skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Utifrån inträffade vårdskador, diverse register och avvikelser kan vi bli bättre på att förebygga vårdskador.

IVO öppnade en tillsyn på alla kommuners särskilda boenden i samband med covid där man först tittade på läkarbemanning och vårdplaner. En omfattande journalgranskning har skett där kommunen blev ombedd att spara ner ett stort antal, drygt 70 journaler från januari 2020 till juni 2021 på avlidna patienter, som har skickades till IVO. Hösten 2022 fick vi inspektion på 2 av våra boenden. Intervjuer med brukare/patient, interjuver med sjuksköterskor samt intervjuer med nämnds ordförande och representanter från ledning. Beslut och åtgärder kommer i början av 2023.

Ett riskområde som det har jobbat med är sår. PU- sensor har provats, en sensor för att tidigt upptäcka trycksår. Ett problem som uppdagades var att patienterna hade svårt att ligga still på sensorplattan vilket gjort att detta har pausats till vidare. Vidare har en medicinsk app. används, DUO app. för att mäta ett sår. Denna saknar i nuläge att mäta sår djup vilket gjort att denna har också har pausats tills vidare.

Ett annat riskområde är infektioner. Målet var att alla 3 särskilda boende skulle medverka i HALT studien hösten 2022. Endast ett av boendena har deltagit.

Trycksårsmätning

Riskbedömning av trycksår ska ske en gång per år i samband med riskbedömning i Senior alert. Resultatet ligger till grund för nationell PPM mätning.

Tabell 5. Antal patienter med trycksår

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal personer med trycksår	19 var av	23 var av	20 var av	19 var av	25 var av	34 var av	30 var av	24 var Av	18 var Av
Kategori 1	6	11	5	8	13	17	10	8	4
Kategori 2	6	7	9	9	5	16	11	9	9
Kategori 3	6	3	3	4	3	11	13	11	7
Kategori 4	1	2	3	2	7	7	6	3	6

Analys 2022: Trycksårsmätning ingår i Senior alert men alla särskilda boenden har inte deltagit under hösten 2022 pga. hög personalomsättning. När det gäller svåra trycksår kategori 4 har dessa ökat. Kategori 1 kan stå för enbart rodnad av huden.

Åtgärder 2023: Särskilda boenden deltar i Senior alert hösten 2023.

HALT studie

Folkhälsomyndigheten började 2014 att mäta vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning på särskilda boenden. 2015-2018 deltog Säffle. Folkhälsomyndigheten valde pga. ekonomiska skäl att ställa in 2019 års mätningar därför inga resultat. Studien prioriterades inte under covid tiden 2020-2021. Under 2022 deltog ett särskilt boende, Kaptensgården med 45 observationer.

Tabell 6. Sammanställning av vårdrelaterade infektioner

	2017	2017	2018	2018	2022	2022
	Antal patienter nationellt 24846	Antal patienter Säffle 147	Antal patienter nationellt 23187	Antal patienter Säffle 101	Antal patienter nationellt 20360	Antal patienter Säffle 45
Andel patienter med riskfaktor urinkateter	9,2%	12,9%	9,6%	12,9%	9,9%	8,9%
Andel patienter med bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende	1,6%	2,7%	1%	1%	1%	0
Andel patienter med vårdtyngdsindikator: Inkontinens	60,9%	83,7%	58,4%	61,7%	62,5%	57,8%
Antal patienter med antibiotika	0	5%	0	4%	37,3%	0

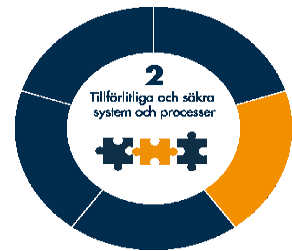
Analys 2022: Svårt att jämföra nationellt med ett så litet material som 45 observationer. En tendens finns då samtliga områdens värden sjunkit jämfört med 2017-2018. Patienter med KAD har minskat. Ingen med förvärvad infektion och ingen med antibiotika behandling.

Uppföljning 2023: Fortsätta att delta i HALT på särskilda boenden hösten 2023. Bra att jämföra resultaten nationellt.

2. Tillförlitliga och säkra system och processer

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

När det gäller åtgärder för att öka patientsäkerheten använder personalen nu i många områden digitala läkemedelsskåp som öppnas med mobiltelefon. Detta medför att man via datorn kan kolla vem som vid tillfället varit i läkemedelskåpet. Om internet ligger nere medför detta en risk att patienten får vänta på sina läkemedel alternativt att personalen bryter upp läkemedelsskåpet.



Inom rehab finns huvudinstruktörer som skött förflyttningsutbildningen i kommunen. Under corona tiden fick personalen själva titta på film då de inte kunde träffas fysiskt. Tyvärr finns det idag vakanser som gör att förflyttningsutbildning idag är svår att genomföra och önskemål som idag ses över är om varje arbetsgrupp kan skicka 2 vårdpersonal för utbildning som kan stöttas av rehab personal.

All HSL personal kommer att gå över från verksamhetssystemet Procapita till Life care HSL inom kort. Här finns möjlighet att lägga in bedömningsinstrument vilket bör underlätta dokumentation av riskhantering för att uppnå ökad patientsäkerhet

En arbetsgrupp har bildats för processen trygg hemgång. Patienten/brukaren går hem tidigt från sjukhus och får massiva insatser till att börja med. För att en hög patientsäkerhet ska uppnås måste hela teamet, alla professioner samverka.

Ett Närvårdsteam kommer att strata upp från Regionens sida i början av 2023.

Fler palliativa ombud skulle ha utbildats. Corona pandemin har stoppat detta, planering för detta ligger våren 2023.

Läkemedelsanvändning

Sjuksköterskorna på särskilt boende har 2011-2021 räknat hur många patienter som har stående ordinationer av vissa utvalda läkemedelsgrupper. Resultaten gäller patienter över 65 år. MAS gruppen prioriterade inte detta under 2022 beroende på arbete med covid vaccination där alla Värmlandkommuner var behjälpliga. Ett annat sätt är att se till Öppna jämförelser.

Ser man till **Öppna jämförelser 2022** så har följande mäts:

Patienter 75år som har hemtjänst som har 3 eller fler psykofarmaka:

Säffle kommun 5,5% Medel Riket 7,7%

Patienter 75år som bor på Säbo som har 3 eller fler psykofarmaka:

Säffle kommun 17,6% Medel Riket 18,8%

Patienter 75år som har hemtjänst Läkemedel som bör undvikas:

Säffle kommun 8,3% Medel Riket 8,4 %

Patienter 75år som bor på Säbo Läkemedel som bör undvikas:

Säffle kommun 5,6 % Medel Riket 6,4 %

Analys 2022: Ser man till målet ”Bättre liv För sjuka äldre”

Mål: Andelen personer >75 år som får olämpliga läkemedel ska minska till 5 % år 2025

så ser ju detta bra ut för Säffle kommun

Åtgärder 2023: Prioritera läkemedelsgenomgångar, årliga läkemedelsgenomgångar planeras in på säbo med blodprover och Phase 20 skattning.

Kvalitetsgranskning av läkemedel med Apotekare

Analys: 2022: Kvalitetsgranskning av läkemedel har gjorts på särskilda boendena Lindbacken, Kaptensgården och Björkbacken. Åtgärdsplaner har upprättats av apotekare och lokala instruktioner håller på att uppdateras av sjuksköterskorna.

Åtgärder 2023: En hel del handhavande fel upptäcktes i samband med granskningen och en utbildningsinsats kommer att starta för att fylla på kunskap hos ordinarie vårdpersonal våren 2023.

Uppföljning 2023: Målet för kvalitetsgranskning av läkemedel 2023 är hemtjänst och särskilt boende Svanen.

Läkemedelsautomater

En gemensam upphandling i länet av läkemedelsautomater gjordes 2018, lämpliga till patienter som kan klara medicinering själv men behöver påminnas. Evodos och Posifon har tecknat avtal med kommunen. Evodos började användas i liten skala 1-2 apparater under 2018 men vid årsskiftet 2020 fanns det 22 apparater ute hos patienterna och både sjuksköterskor och undersköterskor fick utbildning att använda dessa. Utvärdering visade på att antalet besök hos patienterna hade minskat men man såg ingen ekonomisk effekt. Antal signeringar i MCSS har ökat inte minskat, vilket visar på att personalen ändå haft besök. Under 2021 togs beslut att göra paus med dessa och de avvecklades under maj 2021.

Uppföljning 2023: En gemensam upphandling av läkemedelsautomater pågår, som kommunen kan avropa när denna blir kvar om vi ser att behov av dessa finns.

Digital signering

När det gäller beställning av HSL åtgärd är det viktigt att sjuksköterskan samverkar med samordnare så tiden planeras så rätt som möjligt. Vårdpersonalen signerar i sin app att åtgärden är utförd.

Får inte patienten sitt läkemedel i tid blir det en markering i MCSS(APPVA) hos sjuksköterskan. I MCSS finns listor av olika slag. Läkemedel, narkotika, nutrition, arbetsterapeutiska, fysioterapeutiska behandlingar mm.

Tabell 7. Signering av alla åtgärder i MCSS

	2019	2020	2021	2022
Antal signerade åtgärder i hela kommunen	709104	734986	794173	905526
% signerad	97	97	96	95
% i tid	86	88	86	83

Tabell 8. Signering av läkemedelshantering i MCSS

	2019	2020	2021	2022
Alla läkemedelsåtgärder	696023	684049	694408	727184
Säbo antal	314020	275871	247039	241747
% Signerad	97	99	99	98
% i tid	86	93	91	89
Ord boende antal	299810	320307	339802	372398
% Signerad	94	95	93	93
% i tid	84	87	83	80
LSS antal	70091	76972	95877	95253
% Signerad	97	99	99	99
% i tid	86	89	89	92
Social psykiatri antal	12102	11489	10290	12087

% Signerad	98	90	96	99
% i tid	77	67	78	78

Analys: 2022: Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Värmland har satt målen 98 % för signerad, 95 % i tid. Målet uppnås inom områden signering på säbo, LSS och socialpsykiatri. Ingen uppnår målet % i tid.

Utvärdering 2022: . Ordinärt boende har nedåtgående siffror både signerad och i tid.

Uppföljning 2023: Sjuksköterskor måste samverka med vårdpersonal/samordnare så att planering av läkemedel blir så rätt som möjligt

Tabell 9. Signering av arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska åtgärder i MCSS

	2022
Antal arbetsterapeutåtgärder	1156
% signerad	86
% i tid	66
Antal fysioterapeutiska åtgärder	8404
% signerad	73
% i tid	73

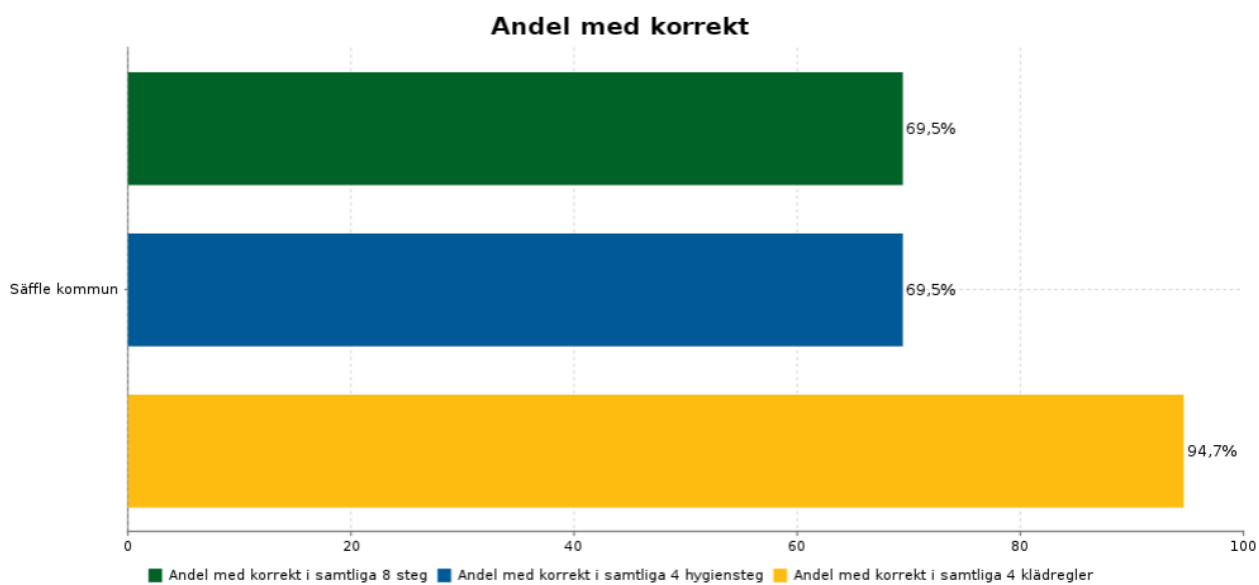
Analys: 2022: Låga värden för både signering och tid.

Uppföljning 2023: Följa över tid.

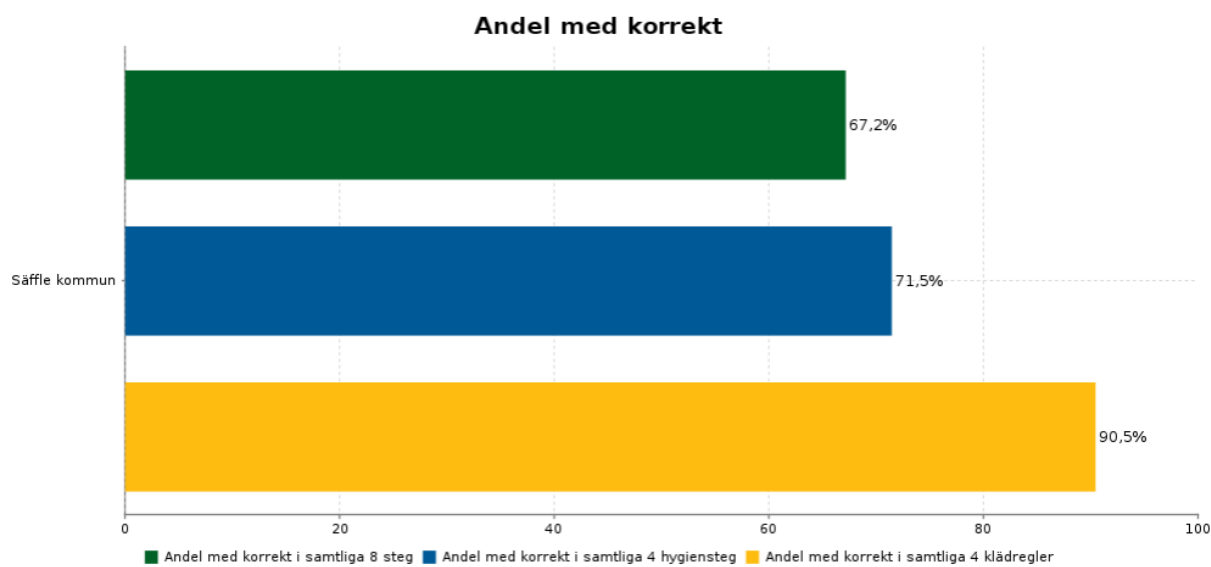
Nationell (PPM mätning) Basala Hygienrutiner och klädrutiner

SKR inbjuder vår och höst till mätningar kring hygien och klädrutiner. Ny forskrift basal hygien kom 1 jan 2016 och innefattar även att socialtjänstens personal skall ha arbetskläder. Korrekt följsamhet av våra hygienrutiner och klädrutiner är av yttersta vikt för våra patienters säkerhet, speciellt i en pandemisk tid. Dessa mått kan också jämföras på nationellnivå då kommunen använder SKR:s data bas.

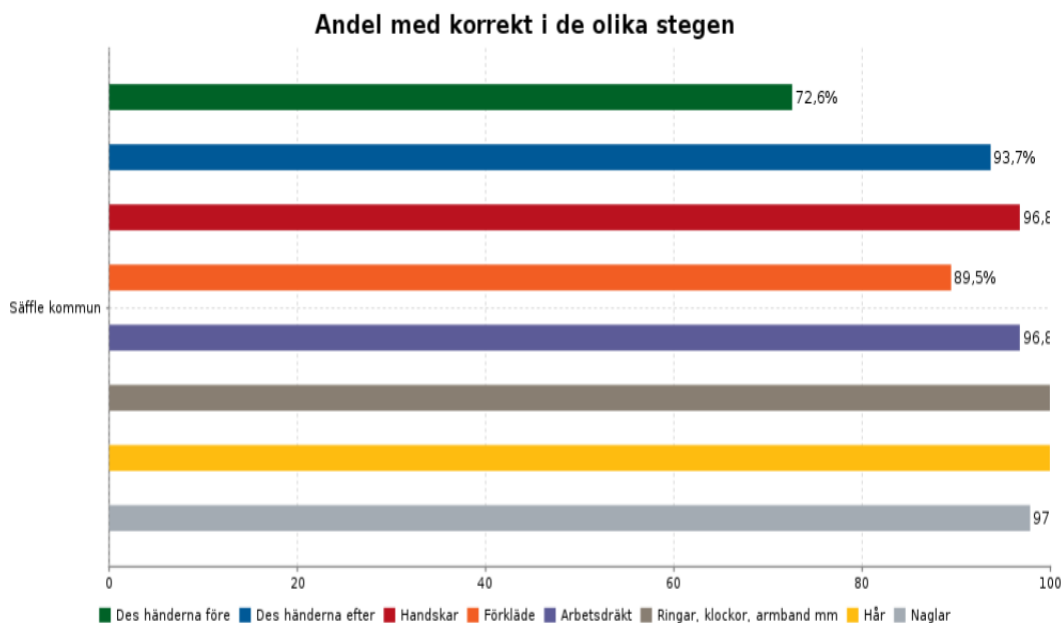
Tabell 10. Mätning av basal hygien rutiner och klädrutiner



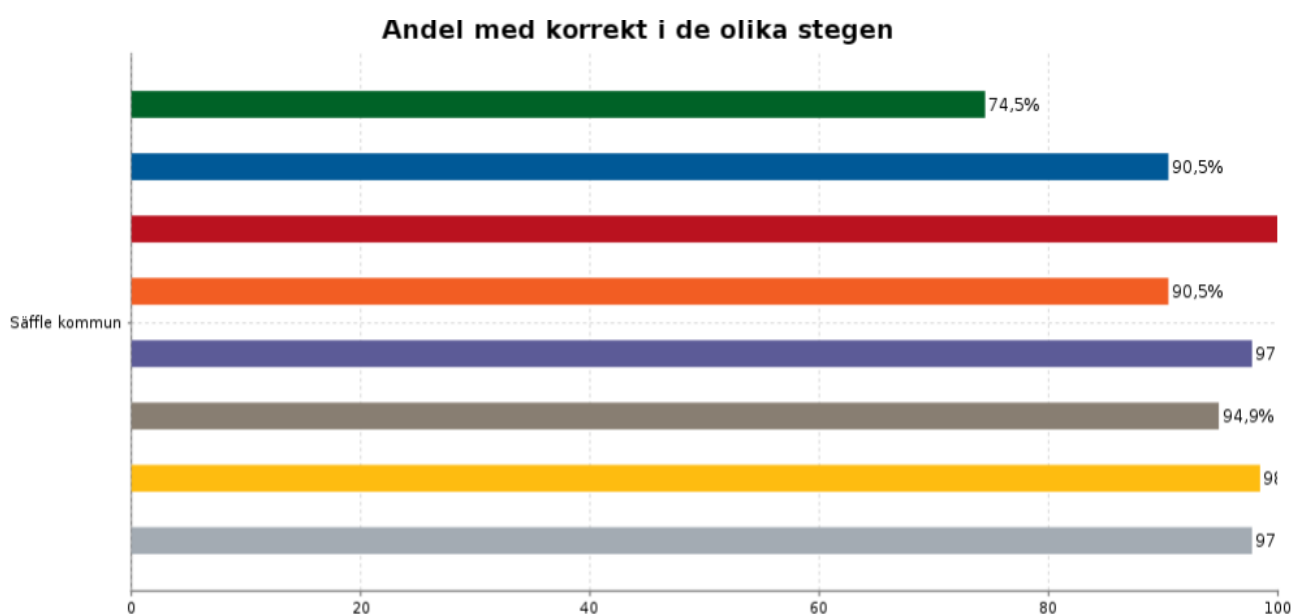
Våren 2022



Hösten 2022



Våren 2022



Hösten 2022

Analys 2022: Mätning görs i 8 steg, Desinficering före, desinficering efter att ta på handskar, förkläde, arbetsdräkt, ringar, klockor, armband mm, hår, naglar. I vårens mätning 2022 hade 69,5% rätt i alla 8 stegen (2020 60,4% 2021 85,3%). 69,5% hade rätt i de 4 hygienstegen (2020 69,4%, 2021 86,7%) och 94,7% hade rätt i de 4 klädstegen (2020 85,4% 2021 93,3%). Hösten visar högre % när det gäller hygienstegen 71,5% men målet 100% uppnås inte.

Uppföljning 2023: Målet är att alla enheter deltar i SKR:s mätning av basala hygien rutiner och klädrutiner varje vår och kommunen gör egen mätning under hösten. Alla enheter kan gå in och mäta när de vill. Hygienombud har individuella inloggningar från hösten 2022. Smittskydd skriver i sin hygienstrategi som togs av beredningsgruppen i augusti 2022 att man bör mäta minst 4 gånger per år. Socialnämndens mål för 2023 är att andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner steg och samtliga klädsteg ska vara 100 %. Då detta är en kollegial mätning bör denna ske på arbetsplatsen av vårdpersonalen själva med stöd från sjuksköterskan.

Tena Identify

Kaptensgården startade under 2017 en pilot kring Tena Identify, en metod för utprovning av rätt inkontinensskydd. Speciella skydd används under 3 dygn och registrering sker av byte i MCSS (APPVA). All leg. personal på särskilda boende har fått utbildning av denna nya teknik vid utprovning av rätt inkontinens skydd. Vårdpersonalen behöver inte väga skydden utan sensorn räknar ut mängd. Kan även användas i hela hemsjukvården och då även i ordinärt boende.

Tabell 11. Antal mätningar med Tena Identify

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Mätningar	23	16	2	6	5	6	

Analys: Personalomsättning och covid tiden har gjort att ny utbildning behövs, troligen orsaken till att det gjorts så få mätningar gjorts.

3. Säker vård här och nu

Riskhantering

På övergripande förvaltningsnivå genomförs riskanalyser vid organisationsförändringar vilket innebär att verksamheten analyserar risker kring händelser som skulle kunna inträffa i framtiden i verksamheten.

MAS:ar i Västra, Säffle, Arvika, Eda och Årjäng har uppdaterat kontinuitetsplanen kring läkemedelsförsörjning.

Under året har avvikelsemodulen i life care börjat användas. Här utreder och riskbedömer leg personal händelsen enligt allvarlighetsgrad och sannolikhet. Allvarlig vårdskada skickas här vidare till MAS för fortsatt utredning/ställningstagande.

Verksamheten gör riskanalyser vid förändrade arbetsuppgifter.



Medicinsk tekniska produkter kontrolleras regelbundet.

Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Överbeläggningar på sjukhus i samband med covid har medfört att kommun fått tagit hem patienter som kanske inte har varit färdigbehandlade.

Samverkan vid utskrivning

Riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården utarbetades då nya samverkanslagen trädde i kraft 1 jan 2018 mellan kommunerna och Region Värmland. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och regionens öppenvård. Insatserna samordnas utifrån individens behov och förutsättningar. Det är parternas gemensamma ansvar att tillräckliga resurser ges så att utskrivning från slutenvård sker på ett, för individen, tryggt och säkert sätt. Ett nytt informationssystem Cosmic Link infördes och startade i skarp drift 10 december 2018. Kommunen blir betalningsskyldig om patienten blir kvar på sjukhus mer än tre dagar. Här ser man till två mål, Andelen återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16% 2025 och Andelen slutenvårdstillfällen ska minska till 20% 2025.

Tabell 12. Återinskrivna oplanerade från hemmet inom 30 dagar

	2019	2020	2021	2022
Säffle kommun	24,9 %	23,4%	20,0%	24,2%
Alla kommuner i Värmland	26,9%	25,4%	26,3%	22,8%

Analys: 2022:

Målet andelen återinskrivna från hemmet inom 1-30 dagar tas numera ut i Cosmic Links. Säffles siffror visade nedåtgående trend fram till 2021 men ökat 2022 för Säffle och ligger procentuellt över alla kommuner i Värmland. Korta vårdtider kan medföra att svårt sjuka ibland kommer hem förtidigt. I och med att lagen ändrades att kommunen nu ska ta hem inom 3 dagar så kommer många hem tidigt och kanske får återvända till sjukhus allt för ofta. Det finns mycket statistik under Region Värmland kring informationsöverföring.

Uppföljning 2023: Fortsätta att följa återinskrivna oplanerade från hemmet inom 30 dagar ”Målet inom bättre liv för sjuka äldre” minska till 16 % 2025.

Tabell 13. Andelen undvikbara slutenvårdstillfällen ska minska till 20% 2025.

	2020	2021	2022
Säffle kommun	19,9%	17,1%	18,7 %
Alla kommuner i Värmland	19,6%	19,7%	17,8%

Analys 2022:

Samverkan utskrivningsklara sker med Regionen kring utskrivningsklara. Under året har kommunen haft platsbekymmer och en del patienter har varit tvungna att ligga kvar på sjukhus och invänta plats i kommunen. Målet Andelen undvikbara slutenvårdstillfällen ska minska till 20% 2025 uppnås när man tittar på hela året.

Uppföljning 2023: samverka med Regionen och ta hem utskrivningsklara patienter så snart som möjligt.

Medicintekniska produkter

Utvärdering 2022: Hjälpmedelsenheten har påbörjat besiktning av golv- och taklyftar som finns i ordinärt boende, särskilt boende och gruppboende men det är inte klart. Vårdsängar besiktigas vartannat år och även där har ett antal gått igenom. Samtliga lyftselar individmärks och är sökbara i webbsesam.

Åtgärder 2023: Fortsätta med besiktningar av golv- och taklyftar samt vårdsängar. MAS/MAR och enhetschef inom kommunen samt bevakar det som sker inom hjälpmedelsnämnden i Värmland. Följa vad MDR EU –direktiv kommer att medföra för förändringar.

4. Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Personalen rapporterar in avvikelser digitalt i avvikelsemodulen Life care via ett formulär i sin mobiltelefon. De avvikelsetyper som kan registreras är fall, läkemedel, Medicinteknisk utrustning, trycksår och övrigt. Målet är att alla avvikelser som sker skall rapporteras, åtgärdas och leda till en säker och bra vård och omsorg och att på sikt få ner antalet tillbud och negativa händelser.



Tabell 14. Sammanställning av antal fallrapporter

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Särskilt Boende	226 var av	265 var av	226 var av	258 var av	253 var av	331 var av	283	213	161
Ordinärt Boende	529	441	511	496	464	575	541	495	695
LSS och Socialpsyk	53	77	45	30	32	12	22	21	37
Totalt	955	887	1060	978	892	1140	1068	846	893

Analys 2022: Då det finns många sköra äldre sker många fall och det kommer in ett stort antal fallrapporter från verksamheten. Ett bättre mått är att titta på antal skador som uppkommer men det kräver journalgranskning vilket är ett omfattande arbete och tar mycket tid. Riskbedömning sker i senior alert och förebyggande åtgärder sätts alltid in så långt som möjligt på veckomöten då alla professioner träffas. Öppna jämförelser 2022 tar upp Fallskador 80 år och äldre 2019-2021 Säffle värde 58 Riks medel 54. Frakturer på lår och höft 2019-2021 Säffle 865 Riks medel 754. (Säffle då alla i kommunen)

Uppföljning 2023: Försöka arbeta med fallförebyggande. Fortsätta följa statistik ur avvikelsemodulen.

Tabell 15. Sammanställning av antal läkemedelsavvikelser

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Särskilt Boende	96	68	68	37	52	62	135	56	58	56
Ordinärt Boende	125	96	87	110	125	112	154	163	176	216
Psykiatri, LSS	21	49	23	9	23	21	19	23	24	26
Totalt	275	280	248	201	254	258	387	311	352	298

Analys 2022: När läkemedel glöms bort larmar systemet MCSS för att på så vis uppmärksamma personalen så den enskilde får sina läkemedel och sjuksköterskan blir observant på att läkemedel har glömt bort. En del glömmar, en del glömmar signera att de givit. Relaterat till antal signeringar är antalet avvikelser få.

Uppföljning inför 2023: Fortsätta signera och använda systemets alla delar. Använda veckomöten till att tillsammans diskutera, påminna för att minska antalet avvikelser när man glömt signera i MCSS.

Sammanställning av Medicinteknisk produkter/övriga HSL

När det gäller exempel på medicintekniska produkter/övriga HSL incidenter har följande kommit in:

- Personal har ändrat öglor på lyftsele
- Dörr larm är inte på
- Hjälpmedel används till fler patienter
- Kanyl sitter kvar
- Inte tagit av benlindor
- Inte tagit av stödstrumpa
- Patient körs på hjälpmedel
- Inte låst hjälpmedel
- Inte reviderat i MCSS
- Inte ändrat i HSL beställning

Avvikelse mellan huvudmännen

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapporter mellan region/kommun då riktlinjen kring samordnad vårdplanering inte följs. Alla uppmanas att skriva avvikelser men systemet kring detta är fortfarande att använda papper. Från kommunen skickas alla avvikelser via MAS som också får de svar som kommer tillbaka för återföring till den som skrivit avvikelserna.

Tabell 16. Avvikelser rapporterade från kommunen till landstinget

Enhet	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CSK – olika avdelningar	13	14	9	5	7	36	9	11	14	15
Psykiatri	2	2	1	1	0	6	0	0	3	
Öppen psykiatri							1	0	1	1
Beroendecentrum										1
Ambulans										1
Patientresor	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Liggande transport	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VC Säffle				1	6	3	1	1	1	1
Svea VC										1
NÄVA Avd 95						4	6	1	3	
Sluten Tandvård						1		0	0	
Totalt	15	16	10	7	13	50	18	13	23	20

Analys 2022: De avvikelser som skickats till regionen har handlat om bl.a. överrapportering, transporter, hemskickade utan kontakt med kommunen. Det är viktigt att uppmana alla att skriva avvikelser för att påtala brister som uppkommit så att dessa kan åtgärdas och samverkan blir bättre.

Tabell 17. Avvikelser rapporterade av regionen till kommunen

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ambulans										1
CSK	6	1	2	2	1	1	0	2	2	5
NÄVA avd 95										1
Arvika						1	0	1	1	
Palliativa teamet			1				3			
Habiliteringen							1			1
BUP							1			
Totalt	6	1	3	2	1	2	5	3	3	8

Analys 2022: Hemsjukvården fick 2022 en från ambulans, fem avvikelser från CSK, en från NÄVA. Dessa handlade om, Varför åkte inte sjuksköterskan och bedömde en patient., Svårt att få tag på personal i kommunen, mer information önskas ibland i cosmic link, missuppfattning kring transport, kommunikation miss..

Avvikelse från entreprenör Vardaga

Sjuksköterskan som kontaktades kom och besökte patienten men försvann för att hämta läkemedel. Detta tog lång tid då denne inte hittade utan patienten hann avlida. Klagomål kring dokumentation som visar sig vara utan anmärkning. Ambulans sjuksköterska fick inte tag på kommunens sjuksköterska utan rapporterade till gruppchef. Orsak kan vara att sjuksköterska var långt utanför stan och hade dålig mobiltäckning.

Arbete med nationella kvalitetsregister

Staten och Sveriges kommuner och Regioner (SKR) träffade för 2012-2014 en överenskommelse som syftade till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och regioner.

Följande områden togs fram:

- God vård i livets slut
- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demens
- God läkemedelsbehandling för äldre
- Sammanhållen vård och omsorg

Förvaltningen har under åren arbetat vidare inom dessa områden med nationella kvalitetsregister såsom Senior alert, Palliativa registret och BPSD, svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Vid årsskiftet 2016/2017 även anslutits till Svedem. Ett nationellt register demensregister där vårdcentralen registrerar när en patient får sin demensdiagnos. När patienten flyttar till särskilt boende görs en årlig registrering där. Under hösten 2019 startade även hemsjukvården och då i området Svanskog.

Antal avlidna i Säffle kommun

Varje år avlider ca 80- 100 patienter som haft kommunal hälso-och sjukvård. Många svårt sjuka vårdas och avlider på särskilt boende och i hemmet. Blir någon inskickad akut händer det att denna inte blir registrerad i palliativa registret på grund av kort vårdtid där ansvaret ligger på den huvudman där dödsfallet sker att registrera i palliativa registret.

Tabell 18. Antal inrapporterade dödsfall

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Värmland								1832	1631	1525
Värmland med covid diagnos								69/1832	90/1631	218/1525
Säffle kommun		187	213	196	211	194	164	182	222	202
Kommunal vård										
I ordinärt boende inkl. korttid	52	41	43	49	55	40	25	31	23	22

I särskilt boende	38	41	48	33	43	37	56	33	25	13
På Sjukhus	70	47	60	42	25	27	14	11	16	20

Siffror från palliativa registret

Vi vårdar sjukare patienter i kommunal hälso-och sjukvård. Under 2022 ses en minskning av dödsfall på särskilt boende och liten ökning av dödsfall på sjukhus. Statistik med covid diagnos visas bara över Värmland.

Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där registrering sker av olika parametrar sista levnadsveckan och visar resultat över alla avlidna i kommunen oavsett var de avlidit. Här räknas alla som avlider i kommunen inte bara de som avlider i den kommunala hälso-och sjukvården. 47 % av alla som avled i Säffle kommun registrerades 2022 i Palliativa registret. Ansvar för brytpunktssamtal åligger ansvarig läkare. Ett utvecklingsområde är att använda validerade smärtskattnings skalor, under 2022 har detta värde ökat från 29,3,% till 53,3,%.

Tabell 19. Resultat täckningsgrad, brytpunktssamtal och validerad smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Täckningsgrad %	69	71	63	58	51	58	58	42	47
Antal registrerade i Palliativa registret									
Brytpunktssamtal %	64	58	60	59	77	36	51	68	53
Validerad smärtskattning %	22,7	10,1	11,4	55,4	49,4	48,7	64,1	29,3	53,3
Dokumenterad munhälsobedömning %					28,6	42,5	43,6	31,0	30,0

Mål: Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025.

Mål: Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025.

Analys: 2022: Målet med brytpunktssamtal är inte uppnått. Det är ett mått som ligger på läkare men i samverkan med sjuksköterskan. Målet att använda validerad smärtskattning uppnåddes inte inom hemsjukvården men värdet har ökat. Palliativa ombud finns utbildade och jobbar tillsammans med regionens palliativa team kring palliativ vård, tyvärr har covid påverkat då fler önskar gå utbildning.

Uppföljning inför 2023: Fortsätta att arbeta med validerade smärtskattningsinstrument och munhälsovård som är ett av palliativa rådets mål, att dessa ska öka.

Utbilda fler palliativa ombud.

BPSD

BPSD (Beteende och Psykiska symtom vid demens) är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Varje enhet kan följa sitt resultat. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Ur systemet kan man få antalet bedömningar. Målet är att behandla alla patienter med demensdiagnos som utvecklar BPSD system på ett strukturerat arbetssätt.

Tabell 20. Antal registreringar i BPSD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal registreringar	77	39	19	27	48	46	48	15	59
Antal registreringar i Värmland	2247	1382	1506	1585	1730	1730	1667	1632	1406

Mål: Minst 90 % av de personer som får demensdiagnos ska ha genomgått en fullständig basal demensutredning 2025.

Analys 2022: Antal registreringar har ökat sedan föregående år. Många av de nya sjuksköterskorna har inte fått utbildning. När det gäller mål åligger det Vårdcentralen att göra en basal demensutredning. Vårt demensteam är behjälplig i vissa delar. Målet går därför inte att mäta i kommunen.

Uppföljning inför 2023: Fortsatt registrering med förhoppning att fler registreringar görs. Utbilda fler så teamet kan göra bedömningar

SveDem

SveDem är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling. Målet är att på alla med demensdiagnos skall det göras en uppföljning varje år på särskilda boenden.

Tabell 21. Antal registreringar i Svedem

	Antal Registrering ar 2017	Antal registrerin gar 2018	Antal registrering ar 2019	Antal registrering ar 2020	Antal registrering ar 2021	Antal registrering ar 2022
Svanen						
Omvårdnad	6	8	10	0	1	0
Demens	7	10	5	3	1	2
Björkbacken						
Kaprifolen				0	0	0
Ljungen		3		0	0	0
Rosen		3	1	0	0	0
Näckrosen		7		0	0	0
Kaptensgården						
Ankaret					0	0
Bryggan	2	1	7	3	0	0
Trossen			2	0	0	0
Lanternan			8	1	0	-
Masten		1		0	0	-
Skeppsklockan				0	0	0
Fyren				0	0	0
Hemsjukvård						0
Svanskog			3	5	0	0
Lindbacken				42	19	

Analys: Ett utbildningstillfälle anordnades under hösten med extern hjälp från registret.

Uppföljning: Alla särskilda boende ska registrera i Svedem och gärna även hemsjukvården. Följ statistik.

Senior alert

Senioralert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av fall, trycksår, undernäring och munhälsa inom både särskilt boende och ordinärt boende dock i mindre omfattning utifrån pandemin.

På särskilt boende görs flest riskbedömningar Ett fåtal är gjorda i ordinärt boende Inom LSS enheten har man börjat använda senior alert under året. Senior alert är ett kvalitetsregister som olika nationella mätningar knyts till bl.a. HALT studien (nationell mätning av vårdrelaterade infektioner).

Tabell 22. Antal utförda riskbedömningar

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antal riskbedömningar	643	386	353	186	332	276	186	126	241
Antal riskbedömningar med risk	578	359	336	174	314	257	178	123	230
Antal riskbedömda patienter	429	381	338	163	236	206	146	102	165

Analys 2022: Målet var att utbilda vård och omsorgspersonalen att påbörja riskbedömningar. Detta arbete kvarstår i arbetsgrupperna då pandemin påverkat att samla personal för utbildning. Några områden har börjat komma igång. Siffrorna omfattar Säffle kommun dvs. Lindbacken Vardaga ingår.

Uppföljning inför 2023: Fortsätta utbilda vård och omsorgspersonal i att utföra, påbörja riskbedömningar för att sedan i teamet sätta in åtgärder tillsammans.

Lex Maria Vårdgivare ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller har kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO (Inspektion för vård och omsorg). Ingen Lex Maria har gjorts till IVO under året.

Klagomål och synpunkter

Två klagomål har inkommit där ett handlade om behandling av sår och ett om en otydlig blodsockers kontroll.

Patientsäkerhetsnämnden

Inga ärenden inkomna till Patientsäkerhetsnämnden från Säffle kommun 2022.

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.

De sista två åren har medfört både ökad riskmedvetenhet och beredskap när vi ser till pandemin. Vikten av basal hygien, screening och vaccinering har styrt arbetet för alla inom vården.

Reformen god och nära vård medför att kommuner och Regioner måste samverka.

Några sjuksköterskor fick ta del av de medel som avsattes för vidareutbildning. En målbild är framtagen och en färdplan där en del handlar om patientkontrakt som blir en del att arbeta med framöver.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för kommande år

- Digitalisering, utveckla mobil dokumentation, införa fler digitala läkemedelskåp, använda Teams och något säkert system för kommunikation.
- Statisk för avvikelshantering fall och läkemedel tas ur digitala modulen i Life care .
- Implementering och uppdatering av ledningssystemet Ensolution fortsätter. Rutiner och processer läggs in.
- Arbete med processer och riskanalyser utvecklas
- Fortsatt arbete med att använda MCSS -APPVA - Mätvärden
- Arbeta vidare med nationella kvalitetsregister Senior alert, Palliativa registret, BPSD, Svedem, Nationella studier m fl. fortsätter.
- Fortsatt samverkan med Region Värmland både centralt och lokalt och delta i utveckling av God och nära vård.
- Fortsatt bevakning och införande av ny teknik för de olika målgrupperna
- Gå över till mobilt SITHS (SITHS-eID)
- Integrera läkemedelsförskrivning i verksamhetssystemet Lifecare
- Producera från verksamhetssystemet Lifecare HSL till NPÖ (Nationell Patientöversikt)
- Följa upp Hygienstrategin
- Följa upp Egenvårdslagen
- Följa upp Lag om samordnad dokumentation