



Vård och stöd 2021





Eda kommun

Styrdokument

Dokumenttyp

Patientsäkerhetsberättelse

Beslutad av

Socialnämnden 22-02-15, § 25

Dokumentansvarig

Verksamhetschef vård och stöd
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Reviderad

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning.....	4
3	Struktur.....	5
3.1	Övergripande mål och strategier.....	5
3.2	Organisation och ansvar.....	5
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.4	Patienters och närståendes delaktighet.....	6
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
3.6	Klagomål och synpunkter.....	7
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
4.1	Åtgärder med tillhörande mål 2021.....	8
4.2	Riskanalys.....	8
4.3	Utredning av händelser – vårdskador.....	8
4.4	Informationssäkerhet.....	8
5	RESULTAT OCH ANALYS.....	8
5.1	Egenkontroller, målsättningar och strategier 2021.....	8
5.1.1	Läkemedelshantering, omvårdnad och rehabinsatser.....	8
5.1.2	Vårdhygien.....	10
5.1.3	Palliativ vård.....	11
5.1.4	Förebyggande arbete och kvalitetsregister.....	11
5.1.5	Förflyttningsteknik.....	12
5.1.6	Dokumentation.....	12
5.1.7	Informationssäkerhet.....	12
5.1.8	Samverkan med externa aktörer.....	12
5.2	Avvikelse.....	13
5.3	Klagomål och synpunkter.....	13
5.4	Händelser och vårdskador.....	13
5.5	Riskanalys.....	13
6	Mål och strategier för kommande år.....	13
6.1	Läkemedelshantering, omvårdnad och rehabinsatser.....	13
6.2	Vårdhygien.....	13
6.3	Palliativ vård.....	14
6.4	Kvalitetsregister.....	14
6.5	Förflyttningsteknik.....	14
6.6	Dokumentation.....	15
6.7	Informationssäkerhet.....	15
6.8	Samverkan med externa aktörer.....	15
7	Bilagor.....	16
7.1	Bilaga 1 Informationssäkerhet.....	16
7.2	Bilaga 2 Statistik fall och fall med allvarlig skada som följd.....	17
7.3	Bilaga 3 Statistik avvikelser exklusive fall.....	18

1 Sammanfattning

Målsättningen för vård och stöd 2021 finns angivet i verksamhetsplanen för 2021-2023. Mål finns också angivna i vård och stöds ledningssystem samt det regionala samarbetet Nya Perspektiv. Liksom 2020 har verksamheten vård och stöd under 2021 till stor del varit inriktad på smittförebyggande arbete p.g.a. pågående covid-19 pandemi, vilket påverkat resultaten när det gäller kvalitetsarbete. Det har inneburit att det har varit svårt att helt eller delvis nå målsättningen inom en del av de områden som angavs i föregående års patientsäkerhetsberättelse.

Egenkontroller och mätningar av resultat visar att patientsäkerhetsarbetet ger positiva resultat men även att det behövs förnyade arbetsätt för att olika målsättningar ska nås. Inför 2022 kommer delvis samma aktiviteter och målsättningar att vara kvar som 2021 och det innebär bl.a. fokus på läkemedelshantering, dokumentation och vårdhygien.

2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Pandemin har gjort att en del åtgärder och målsättningar för patientsäkerhetsarbete och ökad kvalitet som planades i föregående års patientsäkerhetsberättelse, inte har prioriterats. Arbetet har varit fokuserat på att minska risken för smittspridning av covid-19 genom:

- egenkontroller av hygienrutiner och genomgång av resultat på APT
- PPM mätning gällande basala hygienrutiner (kontroll sker genom observationer)
- att i samverkan med regionen ta fram och implementera rutiner relaterat till covid-19 när det gäller hygien, provtagning, smittspårning mm
- provtagning vid symtom på sjukdom hos brukare
- planering och genomförande av vaccinering med tre doser mot covid-19.

Kvalitetsarbetet har också bromsats upp p.g.a. en hög frånvaro i personalgrupperna då personal ska stanna hemma och provtas vid minsta symtom på sjukdom samt varit i karantän när hushållskontakter varit sjuka.

Verksamheten har haft en förhållandevis liten smittspridning men i slutet av 2020 skedde ett utbrott av covid-19 smitta på ett särskilt boende i kommunen. Detta pågick även under början av 2021 och i samband med utbrottet var det några av de boende som avled. Efter att vaccinering erbjudits i tre omgångar under året till boende på särskilda boenden, enskilda med hemsjukvård och/eller hemtjänst samt till enskilda inom LSS har endast ett fåtal individer blivit smittade. I samband med vaccinering av dos 3 mot covid-19 erbjöds även vaccinering mot säsongsinfluensa vilket ett flertal av de erbjudna tackade ja till.

Förutom det smittförebyggande arbetet har MAS tillsammans med SAS ett politiskt uppdrag att följa upp verksamheterna särskilt boende, hemtjänst, socialpsykiatri och LSS. Under 2021 har uppföljning skett på de fyra särskilda boenden inom äldreomsorg som finns i kommunen. Uppföljningen omfattar såväl SoL-insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser med fokus på den enskilde. De hälso- och sjukvårdsinsatser som granskats är läkemedelshantering, dokumentation och tillgång till legitimerad personal. Uppföljningen visar att granskade insatser utförs på ett patientsäkert sätt.

3 Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

Verksamheten vård och stöd ska enligt verksamhetsplan för 2021-2023 tillförsäkra enskilda personer skälig levnadsnivå eller i förekommande fall goda levnadsvillkor, god och säker hälso- och sjukvård genom att förebygga eller lösa behov utifrån sociala problem, funktionsnedsättning, åldrande eller sjukdom. Verksamheten ska ge god vård och meningsfull omsorg till invånarna i Eda kommun där stor hänsyn ska tas till människornas speciella önskemål.

För att följa utveckling inom verksamhetsområdet krävs en omvärldsbevakning och samverkan både internt inom kommunen och externt med andra aktörer som t.ex. regionen och andra kommuner i Värmland. Inom utvecklingsarbetet Nya perspektiv arbetar Region Värmland och kommunerna för att förbättra vården och omsorgen ur ett livscykelperspektiv – barnalivet, ungdomslivet, vuxenlivet och äldre livet. Nya Perspektiv lägger fokus på social hållbarhet och god och jämlik hälsa för att bidra till ett stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov kan bli tillgodosedda där en god hälsa både är ett mål och en resurs.

3.2 Organisation och ansvar

Kommunfullmäktige ansvarar för att

- fastställa kommunens strategiska plan och övergripande mål.

Nämnden (kommunstyrelsen)¹ ansvarar för att

- besluta om strategier och övergripande mål för kvaliteten, fastställa ledningssystemet, kvalitetsgarantier och riktlinjer
- försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete.

Vårdutskottet ansvarar för att

- följa upp alla kvalitetsaspekter inom verksamheten.

Verksamhetschefen ansvarar för att

- det finns rutiner för riskanalyser, egenkontroller, hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser samt återföring av resultat och analyser för dem
- säkerställa att internkontroll sker systematiskt och kontinuerligt
- upprätta riktlinjer och fastställa rutiner enligt delegationsordningen eller lagstiftning.

¹ I slutet av 2021 skedde en omorganisation som innebar att vårdutskottet blev socialnämnd och är därefter nämnd (och vårdgivare) enligt gällande lagstiftning

Ledningsgruppen för vård och stöd ansvarar för att

- samordna kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet.

Områdeschef ansvarar för att på sin enhet

- genomföra egenkontroller, risk- och händelseanalyser
- ta emot och hantera synpunkter samt klagomål
- förankra kvalitetsarbetet hos medarbetarna
- kommunicera och analysera resultat och vidta förbättringsåtgärder .

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas/Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) ansvarar för att

- kommunen tillhandahåller behandling av god kvalitet och att den enskilde får den behandling som ordinerats
- bistå verksamhetschefen med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- det finns system för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador och hantering av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att

- delta i arbetet med uppföljning av resultat, utvärdering av mål och framtagande av förbättringsåtgärder
- att följa riktlinjer och rutiner som finns för aktuell verksamhet.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård och stöds verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika regionala samverkansdokument t.ex. planering vid utskrivning från slutenvården, rehabilitering/habilitering och hjälpmedel. Därutöver finns regionala avtal för t.ex. inkontinenshjälpmedel och kostnadsansvar för vissa sjukvårdsprodukter. Lokal överenskommelse om samverkan finns mellan Eda kommun och Eda vårdcentral.

När det gäller utskrivning från slutenvården har kommunen varit delaktiga i utskrivningen av 192 patienter inom somatisk vård och några enstaka inom psykiatri. I genomsnitt har patienterna varit utskrivningsklara, dvs. bedömda av läkare att dom kan skrivas ut från sjukhuset, i 0,8 dygn innan de skrivs ut. 16,6 % av utskrivna patienter läggs in igen inom 30 dagar från utskrivningsdagen och 17,7% av vårdtillfällena anses ha varit undvikbara, dvs. vården kunde ha getts på annat ställe än inom slutenvården.

Trots en pågående pandemi har färre personer varit inlagda och vårdplanerats under 2021 än 2020 och betydligt färre har blivit återinlagda inom 30 dagar efter utskrivning. En bidragande orsak kan vara att det förekom mycket få fall av influensa vintern 2020-21 och att vaccineringen mot covid-19 resulterade i att färre blev sjuka samt att de som ändå blev sjuka fick en mildare variant av sjukdomen.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

Patienters och närståendes delaktighet i vården sker i olika situationer. Vid planering av förebyggande eller behandlande insatser samt vid utskrivning från slutenvården ska den enskilde själv, eller närstående, ges möjlighet att vara delaktiga i planeringen.

I samband med inkomna klagomål/synpunkter eller avvikelser av allvarlig art ges den enskilde eller närstående möjlighet att framföra sina upplevelser

av händelsen endera per telefon eller vid personligt möte. Efter genomförd utredning av avvikelser/klagomål/synpunkt sker en återkoppling till berörda personer där resultat av utredning och vidtagna åtgärder redovisas.

I samband med uppföljningen på särskilda boenden som genomförts av MAS och SAS har frågan ställts till ett urval av de boende om de känner sig delaktiga i sin omvårdnad och det upplever de flesta att de är. Uppföljningen har även gett närstående en möjlighet via enkät att framföra synpunkter på den anhöriges vård.

3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Inom vård och stöd rapporteras avvikelser vid vårdskada eller risk för vårdskada digitalt. Avvikelseberättelserna ska sammanställas en gång per kvartal av MAS och resultatet ska redovisas i vård och stöds ledningsgrupp samt i socialnämnden. Redovisning av fall och fall som resulterat i allvarlig skada, ska redovisas varje månad i det interna uppföljningsinstrumentet.

I samband med pandemin har inte redovisning och uppföljning följt de rutiner som finns. Vid uppföljning av särskilda boenden har kontroll av avvikelser genomförts och de avvikelser som framför allt förekommer inom hälso- och sjukvård är fall och läkemedelsavvikelser.

3.6 Klagomål och synpunkter

Alla enheter inom vård och stöd ska ge patienter och närstående möjlighet att lämna klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter utreds och besvaras av närmaste chef eller MAS. Det förekommer som regel mycket få synpunkter och klagomål när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården och under 2021 har det inte inkommit något ärende.

Möjlighet finns också för enskilda och/eller närstående att lämna klagomål till Patientnämnden eller till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Enligt rapport från Patientnämnden har inget ärenden inkommit som berört Eda kommun under 2021.

3.7 Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Inom vård och stöd ska följande egenkontroller ske inom området hälso- och sjukvård:

- Strukturerad journalgranskning 2 ggr per år.
 - Självskattning följsamhet av hygienföreskrifter fyra gånger per år.
 - Avvikelseberättelse gällande fall, läkemedelshandling, felaktig eller utebliven HSL-insats, trycksår och självmord.
 - Avvikelseberättelse mellan kommunen och regionen.
 - Avvikelseberättelse mellan kommunen och Apotekstjänst, leverantör av dosdispenserade läkemedel.
 - Loggkontroller i verksamhetssystemet Procapita, i det digitala planeringssystemet Cosmic Link samt i sammanhållen journalföring-NPÖ.
 - Extern granskning av läkemedelshandling.
-

4 Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten

4.1 Åtgärder med tillhörande mål 2021

Inför 2021 planerades åtgärder inom följande områden:

- Läkemedelshantering
- Vårdhygien
- Palliativ vård
- Förebyggande vård (kvalitetsregister)
- Förflyttningsteknik
- Dokumentation
- Informationssäkerhet
- Samverkan med externa aktörer.

På grund av pandemin har åtgärder fått stå tillbaka för smittförebyggande arbete.

4.2 Riskanalys

Enligt vård och stöds rutin för riskanalys så kan riskanalys utföras t.ex.:

- omedelbart vid akuta risker
- efter frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess
- vid organisationsförändringar
- när ny metod eller teknik ska införas i verksamheten
- inför längre ledigheter, t.ex. semesterperioden, avseende bemanning och verkställighet av beslut.

På grund av pandemin har riskanalyser fått stå tillbaka för smittförebyggande arbete vilket medfört att bara mindre riskbedömningar utförts, framför allt i samband med utredningar av avvikelser.

4.3 Utredning av händelser – vårdskador

Under året har ett fåtal större utredningar av avvikelser genomförts inom hälso- och sjukvård som i ett fall resulterade i en anmälan enligt lex Maria. Inspektionen för vård och omsorg bedömde att vårdgivarens utredning och åtgärdsplan var tillräckliga i ärendet och avslutade ärendet.

4.4 Informationssäkerhet

I bilaga 1 redovisas vilka system som används inom hälso- och sjukvård i kommunen samt vilket informationssäkerhetsarbete som sker när det gäller systemen. I vård och stöds ledningssystem finns en riskanalys med åtgärder för att förebygga de risker som identifierats gällande informationssäkerhet. Förutom detta finns en informationssäkerhetspolicy samt reservrutiner för de olika IT-systemen, framtagna.

5 RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Egenkontroller, målsättningar och strategier 2021

5.1.1 Läkemedelshantering, omvårdnad och rehabinsatser

Målsättningen 2021 för läkemedelshantering var:

- att genomförda kunskapstest av medarbetare ska finnas registrerade i systemet för digitala signeringslistor
 - att användning av vissa läkemedel som t.ex. lugnande/sömnmedel,
-

laxantia och olämpliga läkemedel på särskilda boenden minskar eller ligger på samma nivå som föregående år

- att andelen hälso- och sjukvårdsinsatser som delegerats till baspersonal utförs enligt beslutad målsättning
- att omvårdnads- och träningsinsatser utförs enligt beslutad målsättning
- att antalet läkemedelsautomater som används inom vård och stöd uppnår målsättningen 15 stycken.

Kunskapstest

Stickprov visar att kunskapstest utförs och registreras på samtliga enheter inom verksamheten vård och stöd. Vid delegering till nyanställd personal används alltid Apoteket AB:s kunskapstest och vid förnyelse av delegering kan delegerande sjuksköterska välja mellan att använda Apotekets test eller test via Svenskt demenscentrum. Målsättningen är därmed uppnådd.

Resultat läkemedelsanvändning SÄBO

Mätningen i februari 2021 visade en mindre eller måttlig ökning av läkemedelsanvändningen inom alla mätområden utom ett, protonpumpshämmare (t.ex. Omeprazol), där resultatet minskat något. Målsättningen är därmed delvis uppnådd.

Ar	2021	2020	2019	2018
Antal deltagare	87	89	88	87
Neuroleptika	6%	3%	1%	8 %
Antidepressiva	52%	45%	45%	48 %
Lugnande/ sömnmedel	28%	28%	20%	26 %
3 eller fler psykofarmaka	9%	8%	7%	10 %
Laxantia	43%	44%	35%	34 %
Protonpumps- hämmare	20%	24%	14%	17 %

Ny mätning sker våren 2022 för fortsatt kontroll av användningen. Åtgärder under året som vidtagits när det gäller läkemedelsanvändning är enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Enkla läkemedelsgenomgångar sker på hemsjukvårdsronderna tillsammans med ansvarig läkare och på fördjupade deltar även farmaceut och de föregås av symtomskattning och provtagning.

Resultat signering av läkemedels- omvårdnads- och rehabinsatser

Kontroll av digitala signeringslistor visade att samtliga enheter uppnådde målsättningen gällande andelen utförda läkemedelsinsatser. Sex enheter nådde även målsättningen att läkemedelsinsatserna ska utföras i rätt tid, tre enheter inom äldreomsorg och tre inom LSS. Det är tre fler än föregående år. När det gäller utförda omvårdnadsinsatser uppnådde samtliga enheter målsättningen. Tre enheter uppnådde inte målsättningen för rehabinsatser och det är två fler än föregående år.

Många enheter har liknade resultat som från föregående år och som tidigare så är det område som har störst förbättringsbehov administration av läkemedel de tider som läkemedlet är ordinerat.

Resultat vård och omsorg	Utförda läkemedelsinsatser (%)	Läkemedelsinsatser i tid (%)	Utförda omvårdnadsinsatser (%)	Utförda rehabinsatser (%)
Målsättning	98-100%	95-100%	95-100%	95-100%
Hemtjänst Ch-berg	100	94 ↑	99	98
Petersborg	99	90 ↓	98	93 ↓
Gunnarsbygården	100	88 ↓	100	100 ↑
Tallmogården	100	95 ↑	100	97
Klockargården	100	88	99	98
Hemtjänst Å-fors	99	96	97	94 ↑
Älvgården uppe	99	92	98 ↑	98
Älvgården nere	100	95 ↑	99	99
Resursenheten	99	92	98	93 ↓
Hemtjänst K-m	98 ↓	87 ↓	96 ↓	95 ↓
Hiernegården inkl korttid	100	91	99	99 ↑

Resultat LSS	Utförda läkemedelsinsatser (%)	Läkemedelsinsatser i tid (%)	Utförda omvårdnadsinsatser (%)	Utförda rehabinsatser (%)
Målsättning	98-100%	95-100%	95-100%	95-100%
Måsen	100	97	100	Ej aktuellt
Svanen	100	95	99	Ej aktuellt
Vargen	97	87 ↓	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Åsen	100	98 ↑	99	99
Totalt vård och stöd	99,4	92,3	98,5	97

Grön pil = uppåtgående trend, röd pil = Nedåtgående trend, ingen pil = oförändrat eller liten ändring

Antalet läkemedelsautomater

Vid årsskiftet 2021-22 fanns 11 läkemedelsautomater i bruk och statistik från leverantör av läkemedelsautomaterna visar en 100 %-ig följsamhet till ordinationerna. Målsättningen är inte uppnådd.

5.1.2 Vårdhygien

Målsättningen för vårdhygien var:

- att alla enheter inom vård och omsorg och LSS skulle utföra egenkontroller enligt rutin och följsamheten skulle ligga på 100 %.

Resultat egenkontroller

Egenkontroller har genomförts på enheter inom äldreomsorg och LSS men inte redovisats i avsett uppföljningsinstrument. Enligt de kontroller som redovisats finns en god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Förutom egenkontroller har PPM mätning via observation genomförts och

hygiensjuksköterska från Region Värmland har genomfört hygienronder på samtliga enheter inom vård och omsorg och LSS utom två. I samband med ronderna har handlingsplaner upprättats där åtgärder angivits för att komma till rätta med brister. Målsättningen är delvis uppnådd.

5.1.3 Palliativ vård

Målsättningen gällande palliativ vård var:

- måluppfyllelse för indikatorer där [Socialstyrelsen](#) angett målnivåer
- att [den regionala målsättning](#) för smärtskattning och brytpunktssamtal uppnåtts.

Indikatorer under sista levnadsveckan	Socialstyrelsens målsättning	Resultat 2021	Resultat 2020
Utförd munhälsobedömning	Minst 90 %	61%	71%
Vid behovsordination opioid mot smärta	Minst 98 %	97%	100%
Vid behovsordination ångestdämpande	Minst 98 %	97%	100%
Avsaknad av trycksår	Minst 90%	86,5%	71%

Indikatorer under sista levnadsveckan	Regional målsättning	Resultat 2021	Resultat 2020
Utförd smärtskattning	Minst 70 %	45,9%	33%
Utfört brytpunktssamtal	Minst 70 %	91%	91%

Resultat indikatorer

När det gäller kvalitetsindikatorer för palliativ vård så uppnåddes målsättningen för avsaknad av trycksår och dokumenterade brytpunktssamtal. När det gäller ordinerade läkemedel för smärta och ångest ligger resultatet väldigt nära målsättningen. För indikatorerna munhälsobedömning och smärtskattning har inte målsättningen uppnåtts. Vid jämförelse med 2020 har förbättring skett för indikatorerna avsaknad av trycksår och smärtskattning. En försämring har skett när det gäller munhälsobedömning, i övrigt ligger resultatet stabilt sedan föregående år.

5.1.4 Förebyggande arbete och kvalitetsregister

Målsättningen gällande register var:

- att utbildning och fortbildning skett i Senior alert inom samtliga enheter inom vård och omsorg
- att registreringar i särskilda boenden uppnådde 90 % och inom hemtjänst och korttidsvård påbörjades/återupptogs arbetet med registreringar
- registrering i BPSD skedde enligt handlingsplan
- att registrering i SveDem skedde på samtliga särskilda boenden i kommunen.

Resultat Senior Alert

När det gäller utbildning och fortbildning i Senior Alert så har detta inte genomförts på enheterna. Orsaken till detta är tidsbrist p.g.a. pandemi. Trots

detta har två av enheterna nått upp till den målsättning som fanns. På demensboendet i Charlottenberg var över 90% av de boende riskbedömda och på hemtjänsten i Åmotfors har arbetet med riskbedömning påbörjats. På övriga enheter nåddes inte målsättningen.

Resultat BPSD

Registrering i BPSD har genomförts enligt handlingsplan. Målsättningen är uppnådd.

Resultat Svedem

Registreringar har inte genomförts på någon enhet i kommunen. Målsättningen är inte uppnådd.

5.1.5 Förflyttningsteknik

Målsättningen med utbildning i förflyttningsteknik var:

- att rehabombud med bl.a. uppdrag som berör förflyttningar, utsågs på varje arbetsplats
- att alla rehabombud genomgick intern fortbildning inom förflyttningsteknik.

Rehabombud är utsedda på enheterna men utbildning har inte kunnat genomföras p.g.a. pandemi. Målsättningen är delvis uppnådd.

5.1.6 Dokumentation

Målsättningen med dokumentation var:

- att via journalgranskning två gånger per år kontrollera kvaliteten på journalföring
- att resultatet av journalgranskning kommunicerades till berörd personal.

Journalgranskning är delvis utförd och delvis kommunicerad till berörd personal. Målsättningen är därmed delvis uppnådd.

5.1.7 Informationssäkerhet

Målsättningen gällande informationssäkerhet var:

- revidering av vård och stöds krisplan där informationssäkerhet med bl.a. reservrutiner ingick
- att göra krisplanen tillgänglig och känd i personalgrupperna.

Revidering av krisplan är klar och beslutad i vård och stöds ledningsgrupp men inte kommunicerad ut i personalgrupperna. Målsättningen är delvis uppnådd.

5.1.8 Samverkan med externa aktörer

Målsättningen gällande samverkan under var:

- att en utbildning i SIP skulle anordnas där även Eda vårdcentral deltog
- att antalet genomförda SIP ökade inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri.

Målsättningen när det gäller utbildning har inte uppnåtts p.g.a. pandemi. Antalet SIP i verksamheten har ökat med några enstaka SIP under året. Målsättningen är inte uppnådd.

5.2 Avvikelser

Antalet avvikelser som berör fall har minskat marginellt, från 551 fall 2020 till 544 fall 2021, se bilaga 2. Antalet personer med fem fall eller flera ligger kvar på samma antal som 2020 d.v.s. 36. Det finns ett tydligt samband på de enheter som har ökat antal fall att även antal personer med många fall har ökat sedan föregående år. Antalet allvarliga skador har under året ökat från 12 fall med allvarliga skador som följd 2020 till 17 under 2021.

Sammanställning av övriga avvikelser redovisas i bilaga 3. Sammanställningen visar att andelen avvikelser gällande läkemedel ligger på ungefär samma nivå som 2020. Vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är även i år att läkemedel inte blivit givet. När det gäller andra avvikelser så har antalet felaktiga/uteblivna insatser ökat medan avvikelser gällande medicintekniska produkter minskat. Överlag finns det troligen ett mörkertal när det gäller avvikelser, förutom för fall där statistiken stämmer bättre med verkligheten.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har inget allvarligt klagomål kommit gällande den kommunala hälso- och sjukvården.

5.4 Händelser och vårdskador

En avvikelse som berörde bristande sårvård har anmälts till IVO under 2021. Utredning och åtgärdsplan i ärendet godkändes av IVO. I åtgärdsplanen ingick framför allt en förbättrad struktur på fördelning av arbetsuppgifter och en genomgång av ansvar vid utförande av delegerade insatser. Berörda enheter har informerats om åtgärdsplanen.

5.5 Riskanalys

Under året har inga större riskanalyser genomförts p.g.a. pandemi. Pandemin har bl.a. inneburit att det inte kunnat utföras utvecklingsarbete och införande av nya arbetssätt på ett sätt som krävt riskanalys.

6 Mål och strategier för kommande år

6.1 Läkemedelshantering, omvårdnad och rehabinsatser

Målsättningen 2022 för läkemedelshantering är:

- att andelen hälso- och sjukvårdsinsatser som delegerats till baspersonal utförs enligt en beslutad målsättning
- att träningsinsatser utförs enligt beslutad målsättning
- att antalet läkemedelsautomater som används inom vård och stöd uppnår målsättningen 15 stycken.

6.2 Vårdhygien

Målsättningen för vårdhygien 2022 är:

- att alla enheter inom vård och omsorg och LSS deltar i två PPM mätningar basal hygienrutiner och klädregler
 - att självskattning av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler sker enligt rutin d.v.s. fyra gånger per år.
-

6.3 Palliativ vård

Målsättningen gällande palliativ vård 2022 är:

- måluppfyllelse för indikatorer som anges i tabell nedan

Indikatorer under sista levnadsveckan	Målsättning
Utförd munhälsobedömning	Minst 90 %
Vid behovsordination opioid mot smärta	Minst 98 %
Vid behovsordination ångestdämpande	Minst 98 %
Utan förekomst av trycksår	Minst 90%
Utförd smärtskattning	Minst 70 %
Utfört brytpunktssamtal	Minst 70 %

6.4 Kvalitetsregister

Vård och stöd deltar i [Senior Alert](#) där riskbedömning och åtgärder sätts in inom områdena fall, trycksår, under näring och munhälsa, [BPSD](#) som är ett redskap för att minska förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens samt [SveDem](#) som mäter utredningar och uppföljningar av utredningar och behandling av patienter med demensdiagnos.

Målsättningen gällande kvalitetsregister 2022 är:

- att utbildning och fortbildning sker i Senior Alert på de enheter där registreringar är aktuella
- att registreringar i särskilda boenden uppnår 90 %
- att inom korttidsvård registreras samtliga som har beslut om särskilt boende
- att registrering i BPSD sker enligt handlingsplan
- att registrering i SveDem sker på samtliga särskilda boenden i kommunen.

6.5 Förflyttningsteknik

Det finns ett behov av utbildning i förflyttningsteknik både för den enskildes säkerhet i samband med förflyttningar och för medarbetarens arbetsmiljö. För att säkerställa kvaliteten och kunskapen kring förflyttningar så ska rehabombud genomgå utbildning för att sedan i sin tur vara en resurs i respektive arbetsgrupp vid frågor kring förflyttningar.

Målsättningen med utbildning i förflyttningsteknik 2022 är:

- att det finns rehabombud på varje arbetsplats med uppdrag som bl.a. rör förflyttningar
 - att alla rehabombud genomgår en extern utbildning inom förflyttningsteknik.
-

6.6 Dokumentation

En viktig komponent i att säkerställa god och säker vård är en kvalitetssäkrad och korrekt dokumentation.

Målsättningen med dokumentation 2022 är:

- att via journalgranskning två gånger per år kontrollera kvaliteten på journalföring
- att resultatet av journalgranskning kommuniceras till berörd personal.

6.7 Informationssäkerhet

En riskanalys av informationssäkerhet och incidenter som genomfördes 2019 visade att det finns brister bland användarna i kunskaper av hur man agerar när ett system inte fungerar. Under 2021 har vård och stöds krisplan reviderats.

Målsättningen gällande informationssäkerhet under 2022 är:

- att göra krisplanen med tillhörande reservrutiner tillgänglig och känd i personalgrupperna.

6.8 Samverkan med externa aktörer

En del av de personer som får insatser från vård och stöd har behov av hjälp och stöd från flera olika aktörer. Dessa personer har en lagstiftad rättighet till samordning av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård genom att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Under 2021 har ett arbete påbörjats inom regionen där vårdprogram tagits fram inom diabetes och kritisk benischemi (mycket dålig blodflöde i ett eller båda benen). Under 2022 kommer fler vårdprogram att tas fram och för personer som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården finns det delar i vårdprogrammen som ska utföras av kommunen.

Målsättningen gällande samverkan under 2022 är:

- att antalet genomförda SIP ökar inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri
- att införa de delar i regionalt framtagna vårdprogram som berör kommunal hälso- och sjukvård.

7 Bilagor

7.1 Bilaga 1 Informationssäkerhet

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Incident	Risکانالys/ kommentar
Procapita	Journalföring	Loggning Behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	Planerade avbrott vid uppgradering av systemet.	
MCSS	Digitala signeringslistor	Loggning Behörighetstilldelning Rutin vid avbrott av nätverksuppkoppling	Tre större incidenter under året bl.a. mobil-uppkoppling p.g.a. mstarbete i Koppomsområdet	Reservrutiner uppdaterade. Pappersversion av signeringslistor är framtagna
Cosmic Link	Informationsöverföring mellan vårdgivare vid behov av samordning och planering vid utskrivning från slutenvården	Loggning Behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	Ett fåtal medarbetare har haft problem med inloggning under året	Regionen ansvarar för risکانالys mm då de är systemägare
Pascal	Förteckning över personer med dosdispenserade läkemedel samt deras ordinationshandlingar	Utskrift finns av aktuella ordinationshandlingar Kontakt tas med annan vårdgivare (regionen) vid behov av information om ordinationer	Planerat driftsstopp 27-28/11 p.g.a. ytterligare ett steg i e-Hälsomyndighetens införande av Nationell läkemedelslista	Driftsstoppet föregicks av tidig information och noggranna förberedelser
NPÖ	Möjligheten för legitimerad personal att läsa annan vårdgivares journaler	Samtycke inhämtas från den enskilde Loggning Behörighetstilldelning Vid avbrott i systemet sker informationsöverföring via telefon	Ingen	
Svevac	Registrering av givna vaccinationer	Behörighetstilldelning Journalföring av vaccinationer sker även i Procapita	Ingen	
Senior alert	Riskbedöma och vidta åtgärder vid risk undernäring, fall, trycksår och munhälsa	Samtycke inhämtas innan registrering sker Resultat journalförs även i Procapita	Ingen	
Palliativ-registret	Höja kvaliteten på den palliativa vården	Samtycke ska vara inhämtat innan registrering sker	Ingen	
BPSD	Kvalitetsregister gällande arbetssätt inom demensvård	Samtycke inhämtas innan registrering sker	Ingen	
Svedem	Kvalitetsregister gällande utredning av demenssjukdom	Samtycke inhämtas innan registrering sker	Ingen	
Alfa eCare	e-recept	Behörighetstilldelning	Ingen	

7.2 Bilaga 2 Statistik fall och fall med allvarlig skada som följd

Enhet	Antal vårdtagare	Antal fall	Allvarlig skada	Personer med 5 fall eller fler under året	Kommentar
Charlottenberg					
Hemtjänst		88 (152)	7 (5)	4 (11)	Minskat antal personer med många fall som inneburit färre fall totalt
Petersborg	16	48 (18)	0 (0)	5 (1)	Ökat antal personer med många fall och ökat antal fall
Gunnarsbygården	9	83 (49)	2 (1)	6 (3)	Personer med fler än 5 fall står för 80 av fallen
Tallmogården	8	29 (38)	0 (2)	2 (3)	
Klockargården	8	12 (20)	0 (1)	0 (2)	
Åmotfors					
Hemtjänst		27 (45)	3 (0)	0 (4)	
Älvgården uppe	16	19 (32)	0 (0)	1 (2)	
Älvgården nere	16	25 (21)	1 (0)	1 (1)	En person står för 15 fall
Resursenheten	12	103 (62)	2 (1)	7 (3)	En person står för 52 fall
Koppom					
Hemtjänst		42 (47)	0 (1)	3 (3)	
Hiernegården inkl korttid	21	67 (62)	2 (1)	7 (3)	
Övriga enheter					
LSS boenden		1 (5)	0 (0)	0 (0)	
Sammanlagt 2021		544	17	36	
Sammanlagt 2020		551	12	36	

Siffror inom parentes är resultatet för 2020

7.3 Bilaga 3 Statistik avvikelser exklusive fall

Enhet	Läkemedel	Medicin- teknisk produkt	Trycksår	Utebliven/ felaktig HSL	Självmod
Charlottenberg					
Hemtjänst	37 (56)	2 (4)	0 (0)	12 (12)	0 (0)
Petersborg	24 (23)	0 (1)	0 (0)	2 (0)	0 (0)
Gunnarsbygården	2 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tallmogården	8 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Klockargården	5 (2)	0 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Åmotfors					
Hemtjänst	25 (62)	0 (3)	0 (0)	5 (13)	0 (0)
Älvgården uppe	27 (13)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)
Älvgården nere	3 (3)	2 (1)	0 (0)	1 (0)	0 (0)
Resursenheten	13 (12)	2 (0)	0 (0)	5 (3)	0 (0)
Koppom					
Hemtjänst	20 (9)	1 (2)	0 (0)	18 (5)	0 (0)
Hiernegården inkl korttid	20 (8)	0 (4)	0 (0)	0 (3)	0 (0)
Övriga enheter					
LSS boenden*	11 (7)	0 (0)	0 (0)	3 (0)	0 (0)
Socialpsykiatri	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sammanlagt	196 (206)	8 (17)	0 (1)	47 (36)	0 (0)

Siffror inom parentes är resultatet för 2020