



Kinda
kommun

**Patientsäkerhetsberättelse
för Kinda kommun
År 2023**



2024-03-06

Diarienummer

Susanna Bargello Högström, verksamhetschef HSL

Suzana Yelvington, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eric Starräng, medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



Källa:

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

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet.....	8
Adekvat kunskap och kompetens.....	8
Delegering	9
Förflyttningsutbildning.....	9
Hygien	9
Utbildning Nära Vård	9
Patienten som medskapare.....	9
Öka kunskapen om inträffade vårdskador.....	10
Avvikelsehantering.....	10
Läkemedelshantering.....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Hemtagningsprocess.....	12
Delegering	12
Avvikelseprocess	12
Säker vård här och nu.....	13
Vårdprevention.....	13
Hygien	14
Smutsiga hjälpmedel	15
Evondos läkemedelsautomat	15
Resultat svenska palliativregistret.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

SAMMANFATTNING

Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Den som erhåller vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet, ges möjlighet till delaktighet och inflytande samt att patientsäkerheten ska stärkas.

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad i linje med vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Året har präglats av förändring av system, dels nya verksamhetssystem inom SOL, LSS och HSL dels migrering av Kommunens IT struktur från ITsam till Nordlo. Dessa förändringar har ställt krav och inneburit utmaningar för verksamheten, utmaningar som påverkat patientsäkerheten och tvingat verksamheten att hitta alternativa lösningar i stunden.

Fortsatt behov av mer avancerad vård i hemmet samt den pågående omställningen till Nära vård har mötts upp genom öppningen av Närvårdsplatser, vilket skett i samarbete mellan region Östergötland och Kinda kommun. Tillgängligheten till dessa platser bidrar till minskad inläggning på sjukhus, vilket innebär en besparing samhällsekonomiskt och ett stort värde i minskat lidande för patienterna.

Ett stort arbete har gjorts under 2023, tillsammans med Region Östergötland för att utreda möjligheten till öppnande av vårdcentrum i Kinda.

Patienters enskilda behov av mer avancerad hälso- och sjukvård ställer allt högre krav på verksamheterna och deras arbetssätt, omställningen till nära vård ställer krav på utveckling av samverkan mellan alla yrkeskategorier utifrån den enskilde patientens behov.

Det arbete som påbörjades under 2022 för en ökad samverkan mellan Kinda kommun och Region Östergötland kring hemgångsprocessen från sjukhus har fortsatt under 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledning, chefer, medarbetare och medicinskt ansvariga ska systematiskt samarbeta i patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård.



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet ska tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet.

Syftet med Patientlagen (2014:821) är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Organisation och ansvar

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

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, vård och omsorgsnämnden. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Kravet på att verksamhetschef ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs, regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvariga har tillsammans med verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. Medicinskt ansvariga bevakar och följer upp kvaliteten och säkerheten så att den upprätthålls samt utgör ett stöd för verksamheterna och professionerna. De ansvarar även för att det finns styrande dokument för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt Patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.

Medicinskt ansvariga utreder och följer upp händelser i verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. På delegation från nämnden ansvarar MAS/MAR för anmälan enligt lex Maria till IVO.

Verksamhetschefer

Har ett helhetsansvar för sin verksamhet, att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare har man ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver god vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Enhetschefer

Har ett helhetsansvar för sin enhet, för att gällande styrdokument är kända samt att personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på enheten, samt att ny personal får en fullgod introduktion som krävs för att utföra uppdragen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverka för organisationen och patienternas bästa.

Legitimerad personal/delegerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa. Delegerad personal ansvarar för de arbetsuppgifter man har delegering för att utföra men ytterst ansvar har legitimerad personal som utfärdat en delegering.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal biträder legitimerad personal och utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Omvårdnadspersonal arbetar för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagar, styrande dokument, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

En god säkerhetskultur

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



Patientsäkerhetsdialoger

Vid 5 tillfällen per år träffas medicinskt ansvariga, chefer för äldreomsorg, funktionsstöd och hemsjukvård. Områdena som diskuteras är: hygien, läkemedelshantering/delegering, vårdprevention/kvalitetsregister, avvikelshantering och hjälpmedel/rehabilitering.

Under 2023 har 4 av 5 planerade tillfällen genomförts. Dialogen kring hygien och smittskydd uteblev och istället lades ett stort fokus på arbetet med avvikelshantering. Flera av tillfällena nyttjades till genomgång, utbildning och diskussioner av hantering av avvikelser. Detta fokus lades på avvikelshantering på grund av byte av verksamhetssystem för avvikelshantering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektiv vård och i slutändan vårdskada för patienten. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdgivare.

Extern samverkan;

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Östergötland och kommunerna i länet.
- Riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Östergötland och de östgötska kommunerna.
- Riktlinje för uppsökande tandvård.
- Riktlinje för samordnad individuell plan (SIP).
- I LGVO (Ledningsgrupp för vård och omsorg) deltar förvaltningschefer från de tretton kommunerna i länet samt representanter från regionen.
- Kommunerna har en överenskommelse om samverkan med enheten för Smittskydd och vårdhygien i Östergötland.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kisa vårdcentral.
- Avtal specialiserad hemsjukvård (LAH) tillsammans med Kisa vårdcentral.
- Avtal för samverkan kring Närvårdsplatser.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten med vårdcentralen i Kisa.
- Hemtagningsteam bestående av nyckelpersoner från kommunens hemsjukvård och biståndsenheten samt sjuksköterska och läkare från Kisa vårdcentral.
- De medicinskt ansvariga funktionerna deltar i ett länsövergripande nätverk - MALG 1 ggr/månad.
- MAR deltar i länsövergripande möten med övriga MAR i Östergötlands län samt i möten med länets hjälpmedelskonsulter.
- Veckovis avstämning med den regionala Närsjukvårdens ledning för genomgång av avvikelser mellan kommun och region. Dessa möten startades upp under 2022 utifrån behov av att stärka samverkan och öka patientsäkerheten vid övergång mellan vårdgivare.

Intern samverkan i förvaltningen;

- Kvalitetsmöten på särskilda boenden för äldre, hemtjänst, personlig-assistans, servicebostad och gruppboendestäder enligt LSS hålls regelbundet där hela teamet samverkar kring patienten. På kvalitetsmöten följs rapporterade avvikelser upp, de bearbetas och analyseras, åtgärder vidtas för att förebygga att oönskade händelser och risker inträffar på nytt. Samverkan kring enhetens kvalitetsarbete är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- På korttidsenheten har verksamheten kvalitetsmöten två gånger per vecka och då deltar även biståndsbedömare samt ansvarig läkare vid ett av dessa tillfällen.
- På de särskilda boendena för äldre träffar ansvarig sjuksköterska omvårdnadspersonalen varje vecka för avstämning, här deltar även paramedicinare vid behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt:

- Systemkontroller/loggar av användarkonton i verksamhetssystemet utförs en gång/kvartal. Rutin för loggkontroll finns och efterlevs.
- Journalgranskning gällande hälso- och sjukvård ska utföras två gånger per år. Denna analyseras och följs upp med berörda parter samt återkopplas till arbetsgrupp och MAS. Under våren 2023 byttes journalsystem från Procapita till LifeCare vilket medförde att granskning av journal inte utfördes. En ny mall togs fram för journalgranskning utifrån det nya journalsystemet och ska användas med start under 2024.
- Cosmic meddelandefunktion. Har varit i projektform där kommunikation mellan Kisa Vårdcentral och korttids/närvårdsenhet skett via meddelandefunktion i Cosmic.
- Tvåfaktorsinlogg används för inlogg gentemot Sodexo.
- Tvåkomponents Inloggning används gentemot Region Östergötlands journalsystem Cosmic.

Patienten garanteras en säker vård där professionerna kring patienten säkerställer att;

- Patientansvaret är tydligt med namngiven sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
- Årliga läkarbesök och läkemedelsgenomgångar genomförs enligt rutin.
- Att patientens dokumentation sker på ett korrekt sätt.

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.

Kinda kommun arbetar med arbetsplatslärande och tar stöd av Evikomp som omfattar en lärplattform, lärarstöd och utbildning av chefer.

Kinda Kommun ingår i certifierat vård och omsorgscollege och har därmed ett nära formaliserat samarbete med Kinda Lärcentrum. Detta möjliggör en tillgänglighet till omvårdnadsprogram och även ett samarbete till att iordningställa metodrum för utbildningsinsatser.



Delegering

Rutin för hur delegering ska genomföras finns inom förvaltningen. Under hösten 2023 påbörjades revidering av delegeringsprocessen, arbetet planeras vara klart under våren 2024.

Förflyttningsutbildning

Under 2023 startades KUTeam förflyttning som ombesörjer grundutbildning inom förflyttningskunskap för personal inom äldreomsorg och funktionsstöd. 86 antal personal utbildades under året, gruppen gick även vidareutbildning inom förflyttning med lyft och lyftsele för att stärka kompetensen hos omvårdnadspersonal.

Hygien

Under hösten 2023 höll enheten för Smittskydd och vårdhygien utbildning i basal hygien för chefer och hygienombud inom Funktionsstöd och Äldreomsorg. Utbildningarna syftar till att få grundläggande kunskap i basala hygienregler och hur man praktiskt arbetar med detta ute på arbetsplatserna. Hygienombuden ska också kunna visa och inspirera sina arbetskamrater att arbeta smittförebyggande samt vara ett stöd till enhetschefen.

Utbildning Nära Vård

Verksamhetsutvecklare höll utbildningsinsatser kring Nära vård.

Andra utbildningar som genomförts

Suicidprevention

Sjuksköterska som handledare/pedagog

Sårvårdsutbildning

Tandvårdsutbildning/intygsutfärdare

Dokumentation/avvikelsehantering för dokumentationsstödjare

Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)

Hjärt- lungräddning

Patienten som medskapare

En annan grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vårdgivaren ger patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerheten. I praktiken innebär detta att patienten och/eller närstående, beroende på patientens vilja och förmåga, deltar i vårdplanering, i upprättande av riskbedömningar (Senior alert), SIP (samordnad individuell vårdplanering), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Ett personcentrerat arbetssätt skall tillämpas där personens kunskaper och engagemang skall tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är aktiv i sin egna vård. Information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål ges via kommunens hemsida samt hur kontakt kan tas med Patientnämnden.

Vid en Lex Maria anmälan ska patienten och eventuellt närstående informeras om att en anmälan skickats, samt informeras om Inspektionen för vård- och omsorgs (IVO:s) svar på utredningen.

Öka kunskapen om inträffade vårdskador

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet t ex i jämförelse med tidigare resultat. Från uppmätt resultat beskrivs analys, åtgärd och uppföljning.



Avvikelsehantering

I slutet av 2023 genomfördes migrering av kommunens IT-miljö, detta medförde att den digitala strukturen för avvikelsehantering inte fungerade. Under den tiden anmäldes avvikelser i enlighet med rutin via pappersformulär, detta riskerar att ha påverkat antal rapporterade avvikelser och hanteringen av de anmälda avvikelserna. Totalt registrerades 1 403 avvikelser år 2023 fördelat i kategorier enligt nedan.

Avvikelseyp	2022	2023
Fall	606	719
Läkemedel	331	398
Omvårdnad	104	225
Vårdkedjebrist	36	26
Medicinteknisk produkt	32	35
	1 109	1 403

I tabellen nedan redovisas sammanfattning av resultatet och analysen av registrerade avvikelser

Mål	Egenkontroll	Resultat och analystyp
Alla händelser som medför risk för vårdskada eller en vårdskada rapporteras och hanteras enligt rutin med syfte att stärka patientsäkerheten.	Avvikelser sammanställs 4 gånger/år samt årligen	<p>Fall – Under 2023 ses ett ökat antal fall i jämförelse med 2022. Antalet fall varierar beroende på att en eller flera brukare kan falla ofta i perioder och alla tillfällen ska anmälas även när inga skador har inträffat. Enligt avvikelssystemet resulterade endast 8 fall i frakturer, denna siffra är troligtvis något högre och detta beror på svårighet att hantera rapportering av fraktur i systemet. Fortsatt arbete med fallförebyggande åtgärder sker löpande i arbetet med Senior Alert.</p> <p>Läkemedel - Avseende rapporterade avvikelser gällande läkemedel ses en ökning av antalet jämfört med 2022. Under 2023 infördes digital signering i samband med byte av verksamhetssystem.</p> <p>Omvårdnad - Den främsta anledningen till omvårdnadsavvikelser är brister i rutiner där man ej följer antagna rutiner i arbetet. En del av</p>

		<p> dessa avvikelser hör till läkemedel där chef har avslutat utan att inleda utredning och ändrat till läkemedelsavvikelse.</p> <p>Övriga anledningar med större antal avvikelser är brister i <i>omsorg</i> samt <i>Information, dokumentation och kommunikation</i>.</p> <p>Vårdkedjebrist - Brister i följsamhet av rutin vid utskrivning från slutenvård är den vanligaste vårdkedjebristen.</p> <p>Medicinteknisk produkt – Största orsaken till avvikelser är felaktig hantering av hjälpmedel.</p> <p>Det nya avvikelssystemet är fortsatt under utveckling och under 2024 behöver det ses över hur och vilken typ av statistik som behöver finnas tillgänglig.</p>
--	--	---

Synergiavvikelser

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
En säker och trygg vård med hög kvalitet för patienten.	Sammanställning av synergiavvikelser till och från regionen 1 gång/år Avvikelsesystemet	Totalt var det 21 avvikelser skrivna till regionen och 5 från regionen till kommunen. De flesta avvikelser rör utskrivningsprocessen, brister i följsamhet av rutin och brister i överrapportering.

Lex Maria

Två Lex Maria har hanterats under 2023 en relaterat till fall vid förflyttning med lyft och en relaterad till hantering av läkemedel.

Läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs varje år, av extern legitimerad farmaceut enligt avtal, i de 4 läkemedelsförråd. Under 2023 granskades hälften av dessa förråd där samtal fördes kring läkemedelshantering, ansvarsfördelning, spårbarhet och patientsäkerhet tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor, verksamhetschef för hemsjukvård, MAS och till viss del omvårdnadspersonal. I sammanställd Rapport/åtgärdsplan redovisas de brister som upptäckts och som verksamheterna ska åtgärda. Det framkom bland annat att ansvarsfördelningen för läkemedelshantering ska vara dokumenterad vilket inte alltid framkom. Sjuksköterskor behöver säkerställa att ordinationerna på läkemedelslistor är fullständiga och påtala för läkare när så inte är fallet, vanliga uppgifter som kan saknas är indikation, tidpunkt och maxdos.

Klagomål och synpunkter

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Inkomna ärenden	Klagomål och synpunkter sammanställs 1 gång/år Patientnämnden IVO	De klagomål och synpunkter som berör hälso- och sjukvård och kvalitet hanteras som avvikelser. De personbundna läggs in i avvikelsemodulen. Övriga från allmänheten hanterades enligt rutin. Inga ärende inkom från Patientnämnden 2023 Inga ärenden inkom från IVO.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hemtagningsprocess

En intern arbetsgrupp med deltagare från hemtjänst, bistånd och hemsjukvård har under 2023 haft avstämning veckovis för att stärka samarbetet då patienter flyttar mellan vårdinrättningar.



Delegering

Delegeringsprocessen är en komplex process som kräver rätt utbildning till rätt person i rätt sammanhang innan den legitimerade gör riskbedömning inför delegering. En översyn av delegeringsprocessen som inkluderar kommunikation mellan verksamheterna och hälso- och sjukvården har gjorts.

Avvikelseprocess

Revidering av processen för avvikelshantering utfördes gemensamt i vård- och omsorgsförvaltningen i och med införande av nytt avvikelssystem.

Digital signering

Under 2023 infördes digital signering i samband med byte av verksamhetssystem. Det upptäcktes brister i att ordinerade HSL-åtgärder inte registrerades, vilket innebär att omvårdnadspersonal som ska utföra den ordinerade insatsen inte fyllt i varken *utfört* eller *ej utfört*. Ett arbete med att kartlägga bakomliggande orsaker till initierades och åtgärder sattes in utifrån de kartlagda orsakerna.

Säker vård här och nu

Vårdprevention

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Preventivt, förebyggande arbetssätt med hjälp av Senior alert innebär motsvarande minst 90 % av alla patienter oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa.



att

Resultatet och analysen av riskbedömningarna redovisas i nedanstående figur och tabell

Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa

För förklaringar av beräkningar och vad som visas, se mer längst ned i rapporten.
För att se registrerande enheters resultat, klicka på namnet på den administrativa enheten.
För att se resultat per riskområde klicka på pilen längst till höger.
För mer detaljerad information klicka på respektive box under utfall.

Sverige / Kommun / Region År Typ av enhet [Exportera till Excel](#)

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Kinda kommun	58	99% 83 av 84	83% 69 av 83	99% 82 av 83	77% 64 av 83	15 12 personer	26 26 personer	14 1 person	26 26 personer	
Bergdala	19	100% 21 av 21	95% 20 av 21	95% 20 av 21	58% 14 av 24	7 5 personer	5 5 personer	0 0 personer	4 4 personer	
Hemtjänst Norr	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	
Kisa Gruppboistaden	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	
Rimforsa Gruppboistaden	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer	
Stångågården	13	100% 24 av 24	83% 20 av 24	100% 24 av 24	83% 20 av 24	4 3 personer	8 8 personer	0 0 personer	7 7 personer	
Västerliden	27	97% 38 av 39	76% 29 av 38	100% 38 av 38	86% 33 av 38	4 4 personer	13 13 personer	14 1 person	16 16 personer	
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

Förklaring

Alla summor baseras på urvalsperioden

Unika personer: Antal personer som har fått minst en riskbedömning. Observera att i totalen för uppdragsgivande kommun/regionen räknas varje person som unik endast en gång, samma person kan ha varit inskriven på flera enheter/avdelningar och räknas därmed som unik på fler registrerande enheter.

Trend: Föregående periods resultat visas genom att föra muspekaren över pilarna som indikerar trend.

- Minskning jämfört föregående period
- Ökning jämfört föregående period
- Ingen skillnad jämfört föregående period

Riskbedömningar med risk

Täljare: Antal riskbedömningar med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar.

Bakomliggande orsaker vid risk

Täljare: Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Åtgärdsplan vid risk

Täljare: Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Utförda åtgärder vid risk

Täljare: Antal uppföljningarna i nämnaren som gjorts inom 6 månader från åtgärdsplaneringen och som har minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk.

Trycksår

Antal trycksår.
Antal unika personer med minst ett trycksår.

BMI<22

Antal personer med BMI mindre än 22.

Fall

Antal fall.
Antal unika personer som fallit.

Munhälsa grad två

Antal personer med någon grad 2:a enligt ROAG.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla patienter/brukare oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert	1 gång/år Senior alert	<p>Av 84 riskbedömningar som registrerats hade 83 en eller fler risker. 83% av dem (69 st) tog man reda på bakomliggande orsak och 99 % (82 st) fick en åtgärdsplan.</p> <p>77% (64 st) fick åtgärderna utförda. Jämfört med året innan ses att färre riskbedömningar utförts under 2023 men att fler antal personer fått åtgärder planerade utifrån upptäckta risker. Det ses en minskning i antal utförda riskbedömningar år för år, analysen av detta är att ett omtag av arbetet med Senior alert behövs. Detta var planerat under 2023 men påbörjades inte då fokus var på nya verksamhetssystem och att planera inför migrering av system. Planering är att ett omtag ska kunna påbörjas under 2024.</p>

Hygien

I tabell nedan visas antal som utfört självskattningen från de fyra egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler under året.

Antal svar	2022	2023
vecka 10	120	104
vecka 23	53	134
vecka 36	138	167
vecka 49	48	119
Totalt	359	524

Resultatet och analysen av självskattningarna redovisas i nedanstående tabell

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
100 % följsamhet till basala hygienrutiner i allt patient/brukarnära arbete	Basala hygienrutiner och klädregler 4 ggr/år Självskattningar	Resultatet visar framförallt brister i att desinfektera händerna före handskanvändning och att man inte använde plastförkläde vid nära omvårdnadsarbete då risk finns för nedsmutsning av arbetskläderna, men även att man inte arbetade med korta naglar fria från nagellack och konstgjort material. Digital utbildning i basal hygien genomförs årligen vid flera tillfällen av enheten för Smittskydd och vårdhygien för chefer och hygienombud. Det är av vikt att hygienrutinerna följs då dessa bidrar till att minska risken för vårdskada. Resultaten ska redovisas på APT där man tar upp positivt utfall samt förbättringsmöjligheter med gruppen, diskutera hur man kan hjälpas åt för att uppnå 100 % resultat och att diskussioner leder till beslut om åtgärder. Åtgärderna ska dokumenteras.

Smutsiga hjälpmedel

Under 2023 gjordes en kontroll av hjälpmedel hos patienter inom förvaltningens ansvar. Hjälpmedlen skattades rena, lätt smutsiga eller smutsiga. Av 67 hjälpmedel bedömdes 12 vara rena, 33 lätt smutsiga och 22 smutsiga.

Evondos läkemedelsautomat

Under året har mellan 2-5 patienter använt Evondos läkemedelsautomat.

Syftet är att:

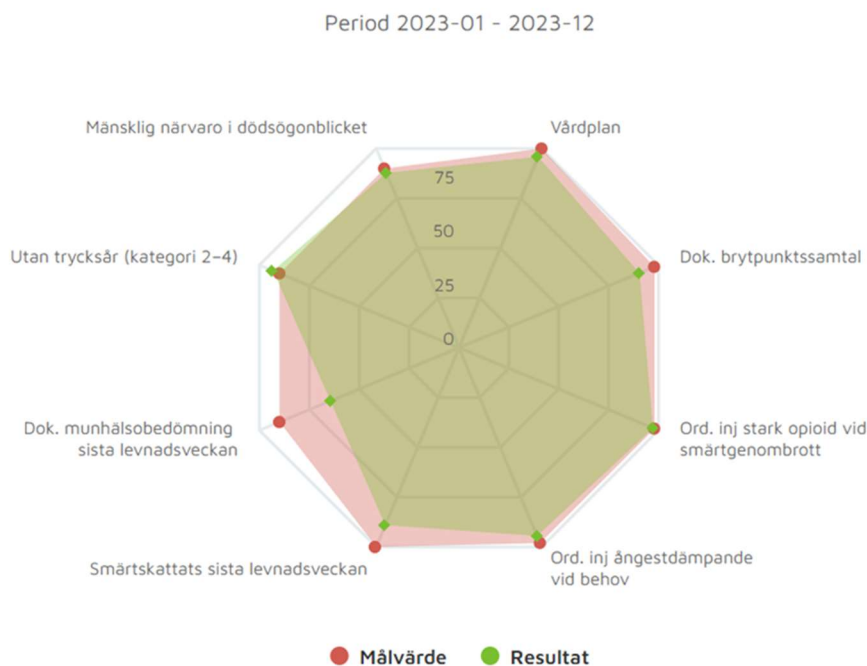
- ökad patientsäkerhet
- ökad trygghet i hemmet
- mindre oro för anhöriga
- ökad självständighet och självtillit

Dock har det varit fortsatt svårt att hitta "rätt" patienter, vilka inte har andra insatser vid samma tidpunkt som när läkemedlen ska intas och som ändå har omvårdnadspersonal på plats. Under 2023 var det 2279 givna doser och följsamheten var 100%, således förekom inga missade doser läkemedel under perioden eller avvikelser kopplade mot läkemedel.

Resultat svenska palliativregistret

Underlag från palliativregistret avser totala antalet (73 st) registrerade dödsfall för 2023. Resultatet visar att målvärden uppnås i en av åtta indikatorer för god palliativ vård, i ytterligare fyra var värdet nära målvärde. Munhälsobedömning är det område där störst möjlighet till förbättring finns. Behov finns av fortsatt kompetensutveckling avseende palliativ vård med tonvikt på helhetssyn och teamarbete kring patient och närstående.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

SKAPA EXCEL-FIL 

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	95,9	100	70	73
Dok. brytpunktssamtal	90,4	98	66	73
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	97,3	98	71	73
Ord. inj ångestdämpande vid behov	94,5	98	69	73
Smärtskattats sista levnadsveckan	89,0	100	65	73
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	64,4	90	47	73
Utän trycksår (kategori 2-4)	93,2	90	68	73
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	87,7	90	64	73

Stärka analys, lärande och utveckling

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

Med hjälp av egenkontroller följs verksamhetens resultat upp. Analys och uppföljning av resultat sker på enhetsnivå. Egenkontrollerna ger verksamheterna underlag att upptäcka eventuella brister och identifiera förbättringsområden och vidare att planera och genomföra åtgärder.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Förebyggande arbete och patientsäkerhet

- Stärka följsamhet till ordinerade HSL insatser.
- Öka omsorgspersonalens kunskap rörande demenssjukdomar.
- På demensenheter ska arbetet fortsätta med BPSD-skattningar (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och åtgärder utifrån behov som framkommer.
- Journalgranskning ska genomföras 2 gånger under 2024 och åtgärder planeras efter resultaten.
- Risken för vårdskador ska minskas genom systematiskt arbete med riskanalyser och kvalitetsregister - fortsatt arbete med att registrera och planera åtgärder samt följa upp kvalitet med hjälp av Senior alert.
- Minska risken för vårdrelaterade infektioner med hjälp av egenkontroller och PPM-mätning (observationsstudie) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Utföra kontroll av följsamhet till rutin av rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel.

Samordning och delaktighet

- Fortsatt förbättringsarbete av hemtagning och säkra övergångar i vården kopplat till lokala och regionala rutiner.
- Tydliggöra och följa rutiner gällande SIP (samordnad individuell vårdplanering). Kinda kommun ser en vinst i stärkt patientsäkerhet och patientmedverkan vid utökat nyttjande av SIP för medborgarna. Ett sådant arbete ingår i samverkan mot en god och nära vård gemensamt med Region Östergötland.

Övrig förbättring och utveckling

- Fortsätta utveckla egenkontroller genom uppföljning av resultat, orsaksanalys av eventuella brister och systematiskt arbete med förbättringar.
- Tillsammans med regionen fortsätta arbeta med omställningen till Nära vård.