

Patientsäkerhetsberättelse

Bergs kommun

År 2024



Datum: 2025-02-28

Ansvarig för innehållet: Sara Stålhand, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: VSN 2025/26

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Samverkan vid utskrivning från slutenvård.....	7
Informationssäkerhet.....	9
Loggkörning	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	19
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelser	20
Klagomål, synpunkter och beröm	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

Under året har fortsatt arbete med uppdateringar av rutiner pågått samt arbete med att upprätta en riktlinje för kommunal hälso- och sjukvård där processen beskrivs och tydliggörs. Ett av målet för 2024 var att utarbeta en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet genom att analysera nuläget på ledningsnivå. Detta arbete har ej påbörjats men kommer aktualiseras 2025 med hjälp av Stratsys. Implementeringen av Stratsys under 2024 möjliggör ett tydligt strukturerat arbete kopplat till mål inom verksamheten och kommer att kunna bidra till att stärka arbetet med patientsäkerhet i kommunen.

Systematiskt kvalitetsarbete har bedrivits under året genom granskning av avvikelser, registrering i kvalitetsregister, granskning av dokumentation samt läkemedelshantering. MAS granskar signeringsverktyget APPVA/MCSS månadsvis på enhetsnivå för att säkerställa patientsäkerhet samt granskar och följer utredning och åtgärd på avvikelser gällande exempelvis narkotika och insulin.

Målet att öka registreringar i Palliativa registret 2024 har uppnåtts men fortsatt arbete behövs för att höja registreringarna ytterligare samt öka kvalitén inom palliativ vård gällande smärtskattning och munhälsa.

Beslut togs om integrering mellan verksamhetssystemet Viva och kvalitetsregistret Senior Alert – under hösten påbörjades arbetet och kommer underlätta registrering och dokumentation. Under början av 2025 kommer utbildningsinsats göras för legitimerad personal samt administratörerna i Senior Alert.

I samarbete med primärvården har vaccinationsarbetet fortsatt mot Covid-19, verksamheterna har erbjudit de med hemsjukvård både en vårdos i april och en höstdos i oktober. Den årliga influensavaccineringen planerades in under november.

Inom Lokal samverkan har målet med ökat samarbete inom demens ej uppnåtts men kommunens Demenssteam har en ökning under 2024 på remisser från primärvården vid bland annat nydiagnostiserad demenssjukdom vilket kan vara på grund av att primärvården är mer aktiv att informera patienter och närstående om att de finns.

Under 2024 har fortsatt arbete pågått i Glesbygdprojektet som syftar till att skapa nya arbetssätt och modeller som är anpassade efter landsbygdens specifika behov för att säkerställa en god och nära vård. Under året har projektet startat upp både individuell träning via surfplatta med appen Habbie samt gruppträning på SÄBO. Det är gjort en medborgardialog där primärvård och kommunen deltog gemensamt med frågeställning om vad som behövs för att kunna må bra och bo kvar i både Rätan och Klövsjö, projektet kallade träffarna för ”Samskapa”. Resultatet visar att mötesplatser samt närhet till primärvårdens utbud är viktigt för medborgarna. En större utredning gällande närvårdsplatser har pågått med inhämtande och analys av patientfall som hade kunnat vara hjälpt av närvårdsplats istället för att åka till akuten för vårdplanering. En planeringsdag hölls under hösten 2024 med viktiga inspel från personal inom kommunen och primärvården för att planera fortsatta möjligheter till ökad samverkan 2025.

I forumet för länsgemensam samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet har MAS deltagit under året. I LSG patientsäkerhet förmedlas information från nationella och regionala forum. Under 2024 har arbete kring förbättringsområden inom LSG varit bland annat patientsäkerhet kring avvikelser i vårdens övergångar in till sjukhus samt patientens väg in till sjukhus.

Målen satta för 2024 är till stora delar uppfyllda medan andra behöver aktualiseras igen 2025, en del av målen är långsiktiga och har tagits med till kommande år.

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.



Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet i kommunen är att patienten erhåller en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att förebygga vårdskador.

Målsättningen är att öka inflytande och delaktighet för patienten som är i behov av insatser från kommunen.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Patientsäkerhetslag (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS (2017:40) ligger alla tillsammans med regionala samt interna styrdokument till grund för arbetet med hälso- och sjukvården inom verksamheterna.

Vård och socialnämnden har det yttersta ansvaret för att det bedrivs god och säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter och att socialtjänstens insatser är av god kvalitet. Vård och socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och utvärdera målen.

Verksamheterna behöver arbeta strukturerat och med ett systematiskt arbetssätt för att nå en ökad patientsäkerhet men det är en fortsatt arbete att utveckla ett fungerande arbetssätt.

Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på kommunens intranät. Avvikelser rapporteras direkt i patientens journal vilket leder till förenklad hantering, transparens samt lärande.

Dokumentation för individen genomförs i patientens journal utifrån respektive lagrum. Fast omsorgskontakt har ansvar för att upprätta genomförandeplan där den enskilde själv ska vara delaktig i hur de vill att insatserna ska utföras. Genomförandeplanen ska följas upp vid förändring av behov eller insatser.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschef

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och är egna vårdgivare, ska ha en verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det sker bland annat genom att kvalitetssäkra verksamhetens processer och rutiner, organisera och bemanna verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att utrymme skapas för lokalt förbättringsarbete och genom att analysera och hantera verksamhetens risker, avvikelser och synpunkter/klagomål.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret men kan inte bestämma över de reglerade arbetsuppgifter medicinskt ansvariga har. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvar

Ansvaret för den medicinskt ansvarige regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär ett särskilt medicinskt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt.
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra.
- besluten om delegering är patientsäkra.
- patientjournaler förs.
- Information ges till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för skada/sjukdom.

Medicinskt ansvarig utövar sitt ansvar bland annat genom att fastställa rutiner och styrdokument för hur hälso- och sjukvården ska utföras, utvärdera och kontrollera verksamhetens kvalitet och vara ett stöd för verksamheterna i kvalitets- och förbättringsarbete kopplat till patientsäkerhet. Medicinskt ansvarig ansvarar även för att utreda och vid behov anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschefer

Enhetschefer ansvarar för ett kontinuerligt arbete med systematiskt kvalitetsarbete genom att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbete.

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som en integrerad del i det dagliga arbetet. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som har lett till eller har kunnat

leda till en vårdskada. Medarbetarna behöver även vara aktivt delaktiga i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag, är därmed hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienten och dess närståendes delaktighet ska ses som en naturlig del av vården och omsorgen. Den enskildes förmågor och behov ska fångas upp och vara grunden till insatserna. Målet är att denne ska vara delaktig i sin vård och behandling, teambaserade insatser ska grundas på delaktighet i den mån det är möjligt. Efter samtycke involveras närstående i vårdplaneringar och riskbedömningar. Information till närstående sker efter samtycke från den enskilde.

Den som drabbas av vårdskada ska hållas informerad samt delges vilka åtgärder vårdgivaren vidtar för att liknande händelse inte ska inträffa igen (Patientsäkerhetslagen 2010:659).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård trädde i kraft 2018-01-01, och ersatte då Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Lagens syfte är att främja en god vård och socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade sjukvården. Lagen ska särskilt främja att en person med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att personen är utskrivningsklar.

Parterna delar målsättningen att alla individer ska få möjlighet att komma hem från sjukhuset samma dag som de är hemgångsklara, med god kvalitet så återinskrivningar undviks samt att inga ekonomiska ersättningar mellan kommun och region ska behöva ske. Verksamheterna i Bergs kommun har mött upp behoven och har inget betalningsansvar för utskrivningsklara patienter på sjukhus under 2024. Fortsatt har det noterats inom verksamheterna att de inte alltid är medicinskt färdigbehandlade vid hemgång vilket drabbar patienten och leder till ökad patientsäkerhetsrisk.

Gemensamt informationssystem

Sedan 2019 har länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen ett gemensamt digitalt informationssystem ”Cosmic Link”.

Cosmic Link stödjer processer och rutiner vad gäller samordning mellan aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvård och socialtjänst för att säkerställa en obruten vårdkedja. Patienten ska kunna skrivas ut från sjukhus oavsett vardag eller helg vilket förutsätter en god och fungerande planering mellan slutenvården, Primärvård och kommunen. Legitimerad personal har behörighet att logga in som inhyrd personal i

Region Jämtland Härjedalens dokumentationssystem ”Cosmic” vilket möjliggör dokumentation direkt i patienters journal vid exempelvis jourärenden på primärvårdspatienter samt de som är anslutna till Storsjögläntan.

Samordnad Individuell plan (SIP)

SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet när det finns flera vårdgivare. En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett ålder eller problem. Syftet är ökad patientsäkerhet när patienten och de olika professionerna samlas och det tydliggörs vem som gör vad och när. SIP är en process som består av flera steg: kallelse, kartläggning, möte, aktivitetssuppföljning, utvärdering, uppföljning och avslut. Genom att följa processtegen hålls planen aktuell och uppdaterad så länge det finns behov av en sådan. För att säkerställa informationsöverföringen mellan berörda aktörer och ge stöd i planeringen används IT-systemet Cosmic Link.

Trygg och säker hemma

Modell för samverkan mellan kommuner och primärvård i Jämtlands län. Syftet är att hjälpa personerna tidigt, så att de inte ska bli sämre. Tidiga insatser kan göra att personen slipper onödig vård och det förebyggande arbetet är även viktigt i omställningen mot en närmare vård. I vårt län har kommunerna och regionen tillsammans bestämt att alla vårdgivare, både privata och offentliga, ska arbeta enligt modellen där verktyget SIP ingår. Den lokala samverkansarenan bestämmer lokala arbetssätt. I Bergs primärvårdsområde har ambulansen fått information om Trygg och Säker hemma vilket leder till att fler personer kan uppmärksammas ute i kommunen. Under 2024 har en arbetsgrupp utvärderat modellen med syfte att förbättra den på uppdrag av lokal samverkan.

Läkemedelsgenomgångar

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter gällande ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) ska läkare ansvara för läkemedelsgenomgångar. Det övergripande syftet med läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet i läkemedelsbehandlingen.

Läkemedelsgenomgångarna utförs på ett förutbestämt och strukturerat arbetssätt, med uppföljning och utvärdering av varje patients läkemedelsanvändning. En tvärprofessionell läkemedelsgenomgång ska genomföras en gång per år till patienter där sjuksköterska har tagit över läkemedelsansvaret.

Länsgemensam ledning i samverkan

Det finns olika forum och grupper för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna på tjänstemannanivå och politisk nivå. Syftet med dessa forum är att främja samarbete, kvalitetsarbete, utvecklingsarbete och därtill gemensamma ekonomiska konsekvenser, samt diskussioner om tillämpning av avtal mellan parterna. Kommunerna har varit delaktiga i ett större arbete med att ta fram ett nytt samverkansavtal tillsammans med Region Jämtland Härjedalen som beräknas vara klart 2025.

LSG Patientsäkerhetsmöten

Länets kommuner och regionen har under året haft regelbundna träffar en gång i månaden med MAS/MAR i kommunerna samt olika samarbetsparter från regionen. Ordförandeskapet delas på en person från kommunen och en från regionen. Dessa möten hanterar gemensamma ämnen samt är ett forum för informationsdelning från olika arbetsgrupper på både nationell och regional nivå. Identifierade problem lyfts sedan till olika mindre arbetsgrupper. Syftet är att tidigt identifiera risker för patientsäkerhet

och tillsammans hitta lösningar. Under 2024 har representanter från MAS/MAR gruppen deltagit i ett större arbete kring patientens väg in till sjukhus, LAG In till sjukhus.

MAS/MAR-möten

MAS och MAR från de åtta kommuner i Jämtlands län träffas regelbundet för samverkan samt har gemensamma planeringsdagar varje år. Länsgemensamma riktlinjer och rutiner arbetas gemensamt fram för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet. MAS/MAR gruppen är även remissinstans och bereder frågor till exempelvis Fredagsgruppen.

De olika deltagarna i MAS/MAR gruppen har delat upp sinsemellan och innehar därför olika uppdrag i sin funktion för länet såsom exempelvis representant i Läkemedelskommittén, kontaktperson patientsäkerhet SKR och representant i olika länsgemensamma arbetsgrupper inom patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkörning

Systematiska loggkörningar i hälso- och sjukvårdsjournalen och NPÖ genomförs varje månad. Detta för att säkerställa att inga obehöriga haft tillträde till journaler eller system samt att behöriga i systemen inte tagit obehörig del av journaler.

SITHS kort inloggning/ID-kort

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i vårdsystemen Pascal, Cosmic, Cosmic Link, Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt kvalitetsregister. Enhetschefer och planerare behöver kunna logga in i Cosmic LINK. Omvårdnadspersonal med uppdrag att registrera i olika kvalitetsregister använder inloggning med SITHS-kort.

Hantering av anställnings- och uppdragsförhållande sker enligt HSA-policy, kontroll och dokumentation i årlig internrevision HSA. Under hösten 2024 utsågs en säkerhetsansvarig och en Tillitsdeklaration upprättades mot Inera som ersätter HSA-policyn.

Samtycke till informationsöverföring mellan olika vårdgivare inhämtas från patienten för att säkra vården. Patienten har möjlighet att begränsa tillgång till endast begränsad information såsom endast för ett tillfälle eller för vald vårdpersonal.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej aktuellt.

En god säkerhetskultur

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



Lokal samverkansarena

Den lokala arenan är en gemensam samverkans- och kunskapsarena för hälso- och sjukvård i regionen och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet är att utveckla god och nära, personcentrerad och samordnad vård. Representanter från kommunen och hälsocentralerna, med verksamhetschefer, enhetschefer, MAS, läkare, distriktsköterska träffas minst fyra gånger/år. Under 2024 har samverkansarenan handlat om samarbete och arbetssätt i Cosmic LINK, SIP, modellen Trygg och Saker hemma, samverkan kring patientfall samt gemensam plan. I december hölls en workshop med representanter från verksamheterna för upprättande av gemensam plan för 2025.

Kvalitetsteam Funktionsstöd

Som en del i kommunens kvalitetsledningssystem så har LSS kvalitetsteam, under 2024 träffades de februari, april och oktober. På träffarna gick de igenom avvikelser, genomförandeplaner - hur många som är uppföljda i tid och reviderade, andelen signerade insatser i MCSS/APPVA (medicin, narkotika, fysioterapi) samt övrigt som händer i verksamheterna eller borde hända för att öka kvalitén. Då analys sker på gruppnivå föranleder det diskussioner och åtgärder avseende förstärkning av kompetens, nya rutiner och arbetssätt.

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.

Sjuksköterskorna har möjlighet att delta på regionens primärvårdsdagar under året för kontinuerlig kompetensutveckling inom områden som berör professionen, dessa dagar brukar vara mycket uppskattade. Personal inom kommunens verksamheter i Äldreomsorg och Funktionsstöd har under året möjlighet att delta på olika interna utbildningar bland annat i Hjärt-lungräddning (HLR), palliativ utbildning, hjälpmedels- och förflyttning med flera.



Specialistutbildning för sjuksköterskor

Under 2024 har en sjuksköterska erhållit sin specialistexamen mot demensvård och fortsätter med specialistexamen Vård av äldre under hösten 2024. En sjuksköterska läser specialistutbildning mot psykiatri och blir klar under 2025.

Rehab

Under 2024 var det fortsatt brist på arbetsterapeuter i kommunen och under sommaren anlätades en arbetsterapeut från bemanningsbolag för att klara sommarbemanningen. En arbetsterapeut anställdes under sommaren men som sedan valde att avsluta sin anställning under hösten så brist på arbetsterapeut uppstod igen.

Äldreomsorgslyftet

Den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet har gett möjlighet till utbildning på olika nivåer, både bas- och specialistkunskap. Under 2024 var 15 personer inskrivna i Äldreomsorgslyftet: 6 påbörjade

utbildningen, en fick avslutas och tre blev klara med lyftet varav en som läste specialistundersköterska mot psykiatri med beroendeariktning.

Av de 15 som går lyftet läser 11 till undersköterskor och två till specialistundersköterskor i palliativ vård med start under hösten 2024. En person påbörjade studier i samiska.

Utbildning Funktionsstöd

Personal från Skogsvägen, Ringvägen och Granvägen deltog under 2024 på föreläsning med Bo Hejlskov Elvén ”Att bemöta människor med NPF”.

Personal har även deltagit på förflyttningsutbildning och lyfteklik. Personal från Granvägen har även varit på studiebesök i Svea och sett hur de arbetar med Boet, de har sedan under 2024 påbörjar implementering av Boet som digitalt verksamhetsstöd. Hos några av brukarna som använder det har personal redan sett tecken till ökad självständighet.

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med patienter eller brukare ingår även att ge stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med respekt för närståendes situation. Närstående ska bli sedda och lyssnade på och ska ses som en resurs i arbetet med patienten, då de kan tillföra kunskaper som är värdefulla för personcentrerad vård.

Varje patient och brukare får vid upprättande av sin vård- och/eller rehabplan möjlighet att beskriva och påverka hur insatserna ska utföras och uttrycka sina förväntningar och mål.

Samverkan med närstående kring patientens säkerhet sker (efter samtycke från patienten) främst vid vårdplanering/SIP, exempelvis inför riskanalys av skyddsåtgärder, risker för fall och läkemedelshantering. Vid utredning av allvarliga avvikelser finns möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen, ibland med stöd av personal och efter samtycke även närstående.

Genom olika brukarundersökningar kan individen lämna åsikter och upplevelser gällande ett flertal frågor angående vård- och socialnämndens verksamhet.

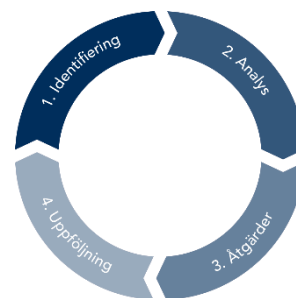
Information lämnas alltid om kommunens deltagande i nationella kvalitetsregister och möjligheten att avstå att delta i registreringar.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Journalgranskning

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient., de journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå. Under 2024 var systematisk journalgranskning inplanerad för hela året och utfördes av MAS och systemadministratör. Uppmärksammade förbättringsområden förmedlas individuellt eller på aggregerade nivå och kan handla om att det saknas dokumenterad status, vårdplaner eller namngivna patientansvariga. Analys av förbättringsområden visar att det ofta handlar om bristande kontinuitet vid hög arbetsbelastning.

Palliativ vård

Målet för all vård i livets slut är att ge högsta möjliga livskvalité för både den enskilde och närstående. Att tillgodose detta förutsätter en god planering där vårdens olika aktörer måste arbeta i team tillsammans med den enskilde/närstående. Vården som erbjuds ska följa nationellt vårdprogram, Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd samt den information och kunskapsstöd som finns på Svenska Palliativ registrets hemsida.

Inriktningen palliativ vård börjar när läkare fattar det medicinska beslutet och utför brytpunktssamtal. Upprepade brytpunktsamtal kan behövs, exempelvis vid övergång till palliativ vård i livets slutskede. Palliativ vård ska bedrivas i teamsamverkan utifrån patientens behov och alla involverade ska vara införstådda med vårdens inriktning och mål. Inom verksamheten i Bergs kommun finns en grupp med övergripande ansvar för utbildning och stöd i palliativ vård samt palliativa ombud på alla enheter. Under 2024 har ett utökat samarbete inletts med Palliativa konsultteamet (PKT) som deltar på ombudsträffar för extra utbildning samt på de interna utbildningsdagarna i palliativ vård för omvårdnadspersonalen. Under 2024 har två ombudsträffar och två utbildningsdagar erbjudits, utbildningsdagen under våren erbjöds legitimerad personal.

Specialiserad palliativ vård

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och utförs av multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Läkare med specialistkompetens i palliativ medicin ansvarar för den specialiserade palliativa vården, och benämns i Jämtland för Storsjögläntan, dvs patienten kan få specialiserad palliativ vård inom en specialiserad verksamhet eller inom en verksamhet som bedriver allmän palliativ vård med stöd av ett palliativt konsultteam.

Kommunerna i Jämtlands län sade upp avtalet gällande Storsjögläntan år 2020 och efter förhandling parterna emellan finns från och med 2021-07-01 en tillfällig riktlinje för samverkan och fördelning av palliativa insatser mellan Storsjögläntan och länets kommuner tills ny lösning tagits fram. Från 2022-06-01 finns en utökad beskrivning av den tillfälliga riktlinjen som gäller tills ett nytt samverkansavtal för hälso- och sjukvård i hemmet. Där beskrivs ansvarsfördelning och hur informationsöverföring ska ske på ett säkert sätt. Under 2024 har 6 personer varit anslutna till Storsjögläntan som avlidit i kommunen.

Munhälsa

God munhälsa är viktig för individens förmåga att kunna äta näringsrik kost, men också av stor betydelse för livskvaliteten. När individen inte längre klarar att sköta munvården själv behöver omsorgspersonal hjälpa till för att förhindra infektioner och sår i munnen. Genom att systematiskt riskbedöma munhålan kan problem upptäckas tidigt. ROAG är vårdpersonalens instrument för munhälsobedömningar med syfte att skapa systematik och uppföljning i arbetet. Region Jämtland Härjedalen erbjuder bedömning av munhälsan genom uppsökande verksamhet varje år till personer som bor i kommunens särskilda boenden, har hemtjänst samt funktionshinder som kan försämra munhälsan. Under 2024 har 186 riskbedömningar enligt ROAG utförts och det har uppmärksammats att 75 patienter har risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller 3.

Skyddsåtgärder

Varje medborgare har enligt Regeringsformen grundlagsskydd gentemot frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar. Brott mot dessa grundlagsskyddade rättigheter regleras i Brottsbalken. Det finns idag inget lagstöd för tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg, däremot ska verksamheten utifrån Socialtjänstlagen, Lagen om särskilt stöd och service till funktionshindrade och Hälso- och sjukvårdslagen, bedrivas på ett för individen säkert sätt.

Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Som ett komplement till de insatser som kan erbjuda används ibland individuellt förskrivna hjälpmedel för att skydda den enskilde från att komma till skada, så kallade skyddsåtgärder. Skyddsåtgärder ska så långt som det är möjligt undvikas. En skyddsåtgärd kräver inventering av alternativa lösningar, riskanalys och individens samtycke till åtgärden. Beslut om skyddsåtgärder ska utgå från den enskildes behov och byggas på individuella bedömningar. Arbetsordning vid förskrivning av individuella larm som skyddsåtgärd finns för att kvalitetssäkra förskrivning.

Medicintekniska produkter (MTP)

Dessa skall användas på sådant sätt att det sker på rätt indikation och med personal som innehar erforderlig kompetens. Produkterna är individuellt utprovade och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska.

Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter. Enhetschef ansvarar för att personalen deltar i årlig genomgång av de vanligaste förekommande tekniska hjälpmedlen. Årliga kontroller av exempelvis sittvågar och blodtrycksmanschetter utförs årligen via Regionens medicintekniska avdelning (MTA) enligt avtal.

All personal har ett ansvar för att veta hur ett hjälpmedel fungerar, och riskerna som finns kring användandet, redan innan hjälpmedlet används. I ansvaret ingår också att rapportera till förskrivare om ett hjälpmedel inte fungerar optimalt, är trasigt eller slitet. När produkten lämnas ut skall en bruksanvisning följa hjälpmedlet. Ansvarig förskrivare utbildar och instruerar berörd person och/eller personal i hur hjälpmedlet ska användas. Under 2024 genomfördes fem hjälpmedelsutbildningar för omvårdnadspersonal.

Läkemedelshantering

Den vanligaste behandlingen inom hälso- och sjukvård är läkemedelsbehandling. Hanteringen av läkemedel måste vara säker och följa gällande föreskrifter. Vårdgivaren är skyldig att beakta detta i sitt ledningssystem (SOSFS 2011:9) så att det innehåller de processer och rutiner som behövs för att

säkerställa att verksamheten uppfyller kraven som ställs gällande läkemedelshantering. Läkemedelshantering behöver hålla hög säkerhet och kvalitet i hela vårdkedjan och för att undvika vårdskador. Grunden för läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården är att den ska vara individuellt anpassad och säker utifrån den enskildes behov och personliga förutsättningar. Utgångsläget är att den enskilde själv svarar för sina ordinationer, omhändertagande och förvaring av de egna läkemedlen dvs egenvård. Varje år ska en lokal instruktion gällande läkemedelshantering upprättas för varje enhet för att tydliggöra hanteringen, MAS gör årlig läkemedelstillsyn på enheterna. Tillsynen visade att följsamhet till lokala och övergripande läkemedelsrutiner är god. Brister som uppmärksammades handlade om arbetsmiljö vid iordningställande av läkemedel, utgångna datum på läkemedel samt märkning av dosetter. Analys visar att arbetsmiljön är bristande då en del bereder läkemedel på sina skrivbord då det saknas separat bänk för detta, i Råtan har ett läkemedelsrum iordningställts under 2024. Gällande läkemedel med utgångsdatum kan en orsak vara bristande kontinuitet samt hög arbetsbelastning vilket gör att verksamheten prioriterar dag för dag. Bristerna följs upp under början av 2025.

Digital signering

Inom kommunen används digital signering av läkemedel via MCSS/APPVA. Ordinationer från fysioterapeut/arbetsterapeut och övrig HSL. Omvårdnadspersonal använder sin arbetstelefon för att signera utförda insatser. Personalens delegeringar är kopplade till möjligheten att signera insatser och när delegeringen inte är aktuell finns inte möjlighet att signera. Systemet möjliggör att se och mäta resultat objektivt i realtid. Under 2024 har 614085 insatser lagts upp i systemet varav 96% signerats.

Läkemedelsskåp med digitala lås

När hälso- och sjukvården har övertagit ansvaret för patientens läkemedel ska dessa förvaras oåtkomliga för obehöriga (HSLF-FS 2017:37). Läkemedelsskåp med digitala lås med loggfunktion är installerade i varje lägenhet och korttidsboende.

Vardagsrehabilitering

Med vardagsrehabilitering/habilitering menas generellt att i det dagliga arbetet ta tillvara de funktioner och förmågor som vårdtagaren har, utifrån varje enskild individs unika behov och förutsättningar. Arbetssättet började som ett projekt 2021 och är nu en naturlig del av det dagliga arbetet.

Visible Care

Allt större del av hälso- och sjukvården bedrivs i det egna hemmet vilket ställer stora krav på kompetens, anpassning till individuella förhållanden samtidigt som vården ska bedrivas patientsäkert. Implementering av Visible Care pågår fortsatt och används även på vissa enheters APT för kompetenshöjning och diskussion. Det är en app i jobbmobil för omvårdnadspersonal med lättillgängliga korta utbildningsavsnitt om basal omvårdnad samt delar av HSL-uppgifter som läkemedel, diabeteskunskap och vård i livets slut. I Visible Care finns även en utbildningsdel som innebär kunskapstest och utbildningsfilmer. Statistik för användandet skickas ut regelbundet till verksamhetsutvecklare.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



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

Under 2024 har en utredning med risk för vårdskada uppmärksammats som lett till en Lex Maria. Analysen visade bland annat att aktualisering av rutiner kring läkemedelshantering och dokumentation behövdes och detta arbete initierades innan sommaren och följdes upp under hösten av MAS. En checklista upprättades som stöd för administratörer när omvårdnadspersonal flyttas från sin ordinarie arbetsplats till en annan för att säkerställa att de får behörighet till verksamhetssystem samt signeringsverktyg.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Delegering

Delegeringar utges enligt gällande författningar och lokala riktlinjer. Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Varje enhet ska enligt hälso- och sjukvårdslagen vara bemannad med kompetent personal i den omfattning som behövs för att bedriva god och säker vård.

Särskilt utsedda distriktssköterskor ansvarar för läkemedelsutbildning vid sex tillfällen under året för att avlasta sjuksköterskorna i verksamheterna samt för att öka tillgängligheten för vårdpersonal. Dessa utbildningstillfällen ger möjlighet till fördjupade kunskaper rörande praktisk hantering av olika läkemedel, utformning av ordinationslistor och hur signeringslistor hanteras. Efter utförd läkemedelsutbildning ansvarar sjuksköterskorna ute i verksamheten för att skriva delegeringen samt uppföljning.

Under 2024 har 326 personal innehaft delegering på att administrera läkemedel varav 228 får administrera insulin.

Hygien

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god vård och omsorg. Målsättningen är att de basala hygienrutinerna följs för att förhindra smittspridning mellan medarbetare och patienter med behov av vård och omsorg.

Arbetet innefattar:

- Berörd chef ska ansvara för att verksamheten bedriver en systematisk egenkontroll av basala hygienrutiner. Distriktssköterska/sjuksköterska kan bistå med kompetens.
- Hygienrond planeras in 1 ggr/år.
- Självskattning av basala hygienrutiner ska ske 1ggr/kvartal.
- Genomgång av checklista-hygienrutiner med nyanställd personal samt med all personal som deltar i patientnära arbete sker minst 1ggr/år.
- Registrering av vårdrelaterade infektioner som avvikelser, månadsvis infektionsrapport från Särskilda boenden samt årligen delta i HALT mätningen (särskilda boenden för äldre).

- Personal ska signera erforderlig blankett ”personligt hygienansvar” i samband med genomförande av introduktion.

- Sjuksköterska på Region Jämtland/Härjedalen finns som vårdhygienisk expertis för hygienronder på SÄBO samt vid behov av utbildning (smitta, resistenta bakterier, tvätt/städ/sopor, vårdrelaterade infektioner, influensa och magsjuka).

Nationellt kvalitetsregister - Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar omvårdnaden i livets slut. Resultatet används för att mäta omvårdnadens kvalitet i relation till definierade kriterier för god vård i livets slut enligt Nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

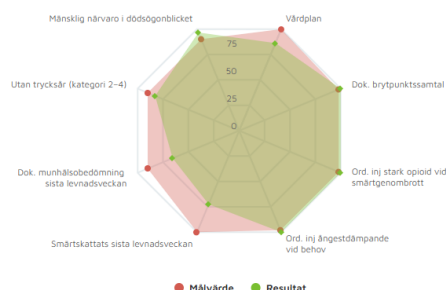
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	86,2
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	72,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	65,5
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	82,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	96,6

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

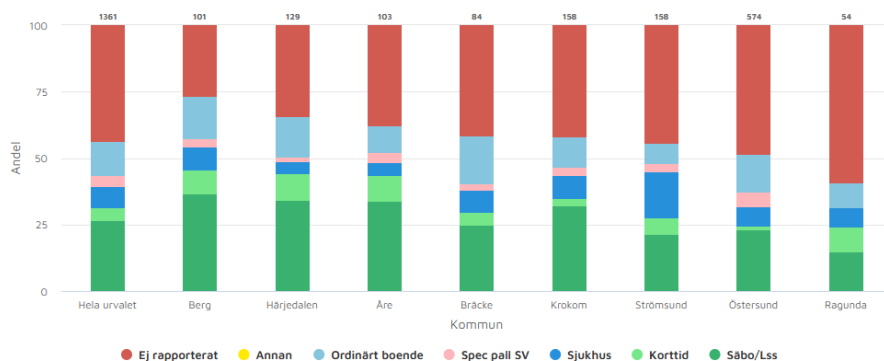


Under 2024 inträffade 101 dödsfall i kommunen där ej inrapporterade dödsfall var 26,73%.

Täckningsgraden av registrering i Palliativa registret har ökat med 11,51% mot resultatet 2023. Enligt Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer är dokumenterad smärtskattning och munhälsobedömning sista levnadsvecka låg även under 2024 i relation till målvärde.

Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall

Period 2024-01 - 2024-12
n = Totalt antal observationer



Täckningsgrad - Inrapporterade dödsfall

Period 2024-01 - 2024-12

Kommun	Ej rapporterat	Annan	Ordinärt boende	Spec pall SV	Sjukhus	Korttid	Säbo/Lss	(n) Totalt antal observationer
Hela urvalet	43,42	0	13,08	3,89	8,23	4,70	26,67	1361
Berg	26,73	0	15,84	2,97	8,91	8,91	36,63	101
Härjedalen	34,11	0	15,50	1,55	4,65	10,08	34,11	129
Äre	37,86	0	9,71	3,88	4,85	9,71	33,98	103
Bräcke	41,67	0	17,86	2,38	8,33	4,76	25,00	84
Krokoms	41,77	0	11,39	3,16	8,86	2,53	32,28	158
Strömsund	44,30	0	7,59	3,16	17,09	6,33	21,52	158
Östersund	48,43	0	14,29	5,57	6,97	1,57	23,17	574
Ragunda	59,26	0	9,26	0	7,41	9,26	14,81	54

BPSD är benämningen på ett register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som använts sedan den 1 november 2010. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och registret stöds av SKR. Bergs kommun har aktiv registrering skett sedan start och samt med ett hållbart arbetssätt i teamen. Kommunens resultat i BPSD registret visar en ökning i antal kompletta bedömningar under året vilket kan bero på att utbildningsinsats för administratörer i BPSD fortsatt gjorts för att komplettera teamen.

I kommunen finns en certifierad utbildare i BPSD för att säkerställa kompetens och behörigheter till BPSD registret för kommunen. Under 2025 kommer ytterligare en sjuksköterska gå utbildning för certifiering.

	Antal	2024-01	2024-02	2024-03	2024-04	2024-05	2024-06	2024-07	2024-08	2024-09	2024-10	2024-11	2024-12
Antal	444	50	50	51	41	57	27	4	9	40	47	34	34
Berg	46	8	1	10	2	3	0	3	3	2	5	7	2
Bräcke	67	0	19	0	8	17	0	0	1	6	5	2	8
Härjedalen	33	1	2	6	5	5	2	0	0	4	3	3	2
Krokoms	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Ragunda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Strömsund	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Äre	71	13	10	3	10	5	3	0	0	8	8	6	5
Östersund	224	28	18	32	16	26	21	1	5	20	26	16	15

Senior Alert

I Senior Alert registreras riskbedömningar, planerade åtgärder och uppföljning av undernäring, trycksår, fall och munhälsa och blåsdysfunktion. Huvudansvaret för arbetet i Senior Alert har enhetscheferna inom Vård och omsorg. Ett team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, enhetschef och kontaktperson bedömer vilka åtgärder som ska sättas in vid identifierade risker. Utvalda undersköterskor på enheterna registrerar in data i registret. Genom regelbundna teamträffar på enheterna följs insatta åtgärder upp och utvärderas.

Fall

Att arbeta med fallförebyggande åtgärder innebär att stödja individen i att själv göra det som är möjligt och att tillvarata egna resurser och möjligheter.

Bland de viktigaste åtgärderna när det gäller att förhindra fall och fallskador är att bedöma om en individ har förhöjd risk att falla och därefter utreda vilka åtgärder som ska sättas in.

Risikanalyser för fall dokumenteras och arbetas teambaserat med i Senior Alert med riskbedömningsinstrumentet Downton Fall Risk Index (DFRI). Med fall avses att en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte.

Under 2024 registrerades 736 fallhändelser i verksamhetssystemet för FALL-avvikelser, vilket är en ökning från föregående år med 114 fall.

I Senior Alert för 2024 har 48 personer ramlat totalt 189 ggr. 6 frakturer finns rapporterade på arm/höft/lår/bäcken vilket överensstämmer med verksamhetssystemets frakturregistrering. Övriga skador mjukdel/sår 52. De flesta fallen sker mellan klockan 12.00-22.00.

Analys av skillnaden på registrerade fall i verksamhetssystemet mot Senior Alert kan bero på bristande teamarbete i verksamheterna kring registrering av fall. Fallen behöver läggas in manuellt av administratör i Senior Alert. Om en vårdtagare utan hemsjukvård ramlar skickas meddelande till primärvården för kännedom och kompletteras ibland med varsel om Trygg och Säker hemma, avvikelse skrivs men dessa läggs inte in i Senior Alert.

Undernäring

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för förebyggande av och behandling av undernäring beskriver undernäring som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Föreskriften stödjer både verksamheter inom Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Socialtjänstlagen (2001:453). Undernäring är ett allvarligt tillstånd som går att förebygga. Vid tidig riskbedömning synliggörs risk för undernäring, varvid det är möjligt att förhindra att undernäring uppstår. Mat- och näringsproblem är vanliga bland äldre och undernäring kan ge stora konsekvenser.

Riskbedömningar av undernäring sker i Senior alert med riskbedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assesment (MNA). 2024 registrerades 52 individer med ett BMI <22 vilket är en minskning på tre personer från 2023. Dessutom hade 54 individer ofrivillig viktminskning. För att höja kompetensen inom nutrition finns måltidsombud på varje SÄBO som ska arbeta aktivt med kost och nutrition mot äldre samt måltidernas utformning, miljö och näringsinnehåll.

Trycksår

En rodnad kan lätt utvecklas till ett trycksår. Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person ligger eller sitter i samma ställning under längre tid. Det är mycket viktigt att alla yrkeskategorier, oavsett var vården äger rum, har rutiner för att snabbt identifiera de personer som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Det är viktigt att använda effektiva omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar. Föreskrivning av behandlande madrasser sker utifrån föreskrivningsdirektiv gällande madrasser för trycksårsprevention. Distriktsköterskor/sjuksköterskor utreder, ordinerar och beställer erforderlig madrass när det gäller behandling/profylax av sår. Preventivt arbete dokumenteras och stöds av kvalitetssystemet Senior alert med riskbedömningsinstrumentet Modifierad Nortonskala som grund. Under 2024 har 11 individer registrerats avseende 21 trycksår vilket är en minskning på antal trycksår med 13 men oförändrat på antal personer.

RiksSår

Patienter med svårläkta sår tillhör tyvärr en medicinskt lågprioriterad grupp, med kostnadskrävande vård under långa tider p.g.a. avsaknad av struktur för att tidigt säkerställa diagnos, rätt behandling och uppföljning. Patienterna är ofta äldre, multisjuka och ”bollas” mellan olika vårdinstanser som kommuner, slutenvård, akutvård, primärvård och privata vårdgivare samt mellan olika medicinska specialiteter. För

hälso- och sjukvården medför svårsläkta sår betydande resursbehov och kostnader för behandling. Det är därför viktigt med ett strukturerat kliniskt effektivt omhändertagande av denna patientgrupp. Bergs kommun har i sin organisation två sjuksköterskor med utökat ansvar för svårsläkta sår. Under 2024 är sex aktuella patienter inom hemsjukvården registrerade i RiksSår samt en patient på särskilt boende. Under året läkte ett sår och registrering avslutades.

Nationella Diabetesregistret (NDR)

Nationellt kvalitetsregister för barn och vuxna med diabetes och NDRs mål är bättre diabetesvård. Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som drabbar många, både barn och vuxna. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att en god multifaktoriell diabetesvård kan fördröja och förhindra diabeteskomplikationer. NDR är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att underlätta ett systematiskt förbättringsarbete i diabetesvården. Inom Bergs kommun registreras diabetiker i NDR av distriktssköterska med diabetesansvar, under 2024 registrerades 28 patienter.

Säker vård här och nu

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



Risihantering

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

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

Systematisk verksamhetsuppföljning

Genomgång och analys av äldreomsorgen i Bergs kommun. Analys har skett enligt följande processbeskrivning:

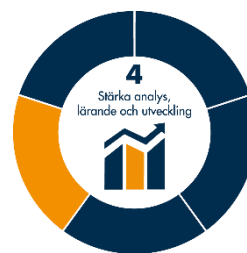


Rutiner för händelseanalyser

Genom rapportering i verksamheterna uppmärksammas risker. I samband med varje rapport om risk för vårdskada eller konstaterad vårdskada görs en bedömning av allvarlighetsgrad. När rapport bedömts med hög allvarlighetsgrad enligt riskmatrisen ska omedelbart rapport skickas till MAS eller utredare. Fortsatt utredning av avvikelser handläggs av MAS och/eller utredare. Utredningen ska utgå från den analys som verksamheten gjort, samt från Socialstyrelsens och Inspektions för vård och omsorgs föreskrifter SOSFS 2011:5 och HSLF-FS 2017:40.

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.



Avvikelse

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

Avvikelse ska identifieras, rapporteras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas, följas upp och återföras till verksamheten så att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet uppmärksammas. Närmast ansvarig chef är skyldig att informera personal i verksamheten om rutinen för avvikelsehantering avseende missförhållande/risk för missförhållande och vårdskada/risk för vårdskada.

Vad ska rapporteras

Med avvikelse avses händelse som inte blivit utförd eller blivit utförd på ett felaktigt sätt och händelse som har medfört konsekvens för den enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa. Med risk avses att det är fråga om en uppenbar och konkret händelse som skulle kunna innebära konsekvens för den enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

Händelse där det funnits risk för missförhållande/missförhållande eller risk för vårdskada/vårdskada ska rapporteras som en avvikelse.

Då avvikelser skrivs i patientens journal blir det tydligt vem som har ansvar för avvikelserna och gör det lättare att ta ut statistik för att följa upp och säkerställa kvaliteten på vården. Detta underlättar även utredning, uppföljning och skapar transparens.

Avvikelse mellan kommunen och Region Jämtland Härjedalen

Avvikelsehantering avseende hälso- och sjukvård mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen sker enligt gemensamt beslutad rutin. Uppföljning av avvikelser mellan huvudmännen sker i gemensamt forum, klagomål och synpunkter som inkommer avseende den andra huvudmannens verksamhet ska delges den berörda huvudmannen. Vid allvarliga avvikelser ska direktkontakt tas med chefsläkare/MAS. Under året har 23 avvikelseärenden som avser samverkan skickats till Region Jämtland Härjedalen vilket är samma antal som 2023. Ärendena handlar fortsatt om brister i hemgångsplanering, informationsöverföring och bristande läkemedelshantering. Regionen har svarat med åtgärder på 11 av avvikelserna. Region Jämtland Härjedalen har under året skickat tre avvikelser till kommunen, alla tre gäller bristande samverkan. Kommunen har hittills svarat på två.

Klagomål, synpunkter och beröm

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

Synpunkter och klagomål och även beröm från patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer kan tas emot via telefon eller genom att kontakta den verksamhet synpunkten gäller. Om det är något som är lätt åtgärdat kan det vara enklast att ta direktkontakt med den som är ansvarig för berörd verksamhet. Det finns inget formkrav rörande sättet att lämna klagomål, synpunkter och beröm. Det finns en blankett på kommunens hemsida och intranät att tillgå. Under året har det gjorts fyra utredningar enligt Lex Sarah som skickats till IVO. Det har inkommit sex synpunkter och klagomål till kommunen gällande bland annat omvårdnad, dessa har hanterats av respektive ansvarig chef. Via Patientnämnden har det inkommit ett ärende under 2024, återkoppling till anhörig är gjord och ärendet avslutades.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Under 2024 aktualiserades vad som ska finnas i vårdtagarens pärm för att säkerställa dokumentation, ordinationer, signeringslistor för läkemedel.

Inom kommunen har fortsatt arbete med kontinuitetsplanering pågått under 2024 på enhetsnivå av två verksamhetsutvecklare. MAS konsulteras i patientsäkerhetsfrågor. Det finns även en övergripande Beredskapsgrupp där man arbetar på central nivå tillsammans med externa aktörer som kommunen är beroende av exempelvis el och fastighet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhet

Arbetet med att utarbeta en handlingsplan för patientsäkerhet är prioriterat och behöver aktualiseras 2025. Genom att analysera nuläget på ledningsnivå med hjälp av verktyget för stärkt patientsäkerhetsarbete från SKR och identifiera områden som behöver förbättras och skapa handlingsplan för arbetet. Även arbetet med SBAR behöver aktualiseras igen, inom kommunen har detta verktyg för kommunikation använts tidigare. SBAR är ett verktyg som kan förbättra kommunikationen mellan och inom olika yrkeskategorier och därigenom öka patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Det är ett rapportsstöd där man inför en kontakt med ex läkare eller sjuksköterska inhämtar information om patientens situation, bakgrund, aktuellt och rekommendation för bra förutsättningar för en bedömning innan kontakten tas.

Kontinuitetsplan

Arbetet med kontinuitetsplan för att kunna säkerställa patientsäkerheten vid särskilda händelser kommer vara fortlöpande under 2025 och beröra flera olika verksamheter. MAS i kommunen kommer vara delaktig i de frågor som berör patientsäkerhet.

Palliativ vård

En fortsatt utmaning för kommande år är att förbättra delar av den palliativa vården inom kommunen. Brister ses fortfarande inom områden som smärtskattning sista levnadsveckan och bedömning av munhälsan i livets slut. Arbetet med att utbilda omvårdnadspersonal genom de interna utbildningsdagarna fortgår och är uppskattat, under 2025 finns möjlighet till utökning från två dagar till tre om behovet finns för att möjliggöra för vikarier att gå. Palliativa konsultteamet deltar på både utbildningsdagarna samt palliativa ombudsträffarna. Under 2024 sågs en ökning i registreringen av avlidna i palliativa registret men för att öka registreringarna ytterligare i registret behöver detta lyftas regelbundet i distriktssköterske/sjuksköterskegruppen.

Styrdokument

Kommande år kommer fortsatt tid läggas på att uppdatera befintliga rutiner fortlöpande samt införa nytt ledningssystem på Intranätet. En riktlinje för Hälso- och sjukvård presenteras för nämnd i januari 2025.

Delaktighet

Ett långsiktigt mål som ligger kvar sen 2022 är att alla patienter ska ha vård- och rehabplaner där det tydligt framgår att patienten varit delaktig i upprättande av planerna samt målen. Fortsatt erbjuds två utbildningstillfällen i vardagsrehabilitering för att stärka patienternas delaktighet och självständighet.

Samverkan

God samverkan med primärvården behövs för att kunna skapa tidig kontakt med personer med demenssjukdom för ökad trygghet och stöd dels för den som är demenssjuk, dels för anhöriga. Arbetet med utökat samarbete mellan kommunens Demenssteam och primärvården behöver aktualiseras under 2025, frågan lyfts åter till lokal samverkansarena.

Arbetet med gemensam plan för god och nära vård behöver fortsatt lyftas på varje Lokal samverkansträff. Inom glesbygdprojektet kommer beslut tas i början av januari 2025 med stöd av utredningen om det är aktuellt att gå vidare med närvårdsplatser

Hygien

Den tidigare PPM-databasen via SKR där man mätte följsamheten till basala hygienrutiner har avslutats. I MAS/MAR nätverket pågår ett arbete kring struktur och stöd för hygienarbetet i kommunerna via Kommunförbundet.

Ansaret för internkontroller för basala hygienrutiner och hygienrond ligger på enhetschefernas ansvar. För att få kontinuitet föreslås dessa implementeras i Stratsys för att det ska finnas med i årshjulet. Bristande följsamhet till basala hygienrutiner är en patientsäkerhetsrisk med ökade infektioner som konsekvens. Mätning av infektioner behöver aktualiseras till ansvariga sjuksköterskor på särskilt boende, under 2024 var det två av fem boenden som lämnade rapport månadsvis.

Kompetens

För alla kommuner samt regioner är kompetensförsörjningen en utmaning. Inom Bergs kommun påbörjades 2024 ett arbete med att bygga en bra, grundlig introduktion i Visible Care för vikarier och nyanställda. Under 2025 behöver introduktionen aktualiseras för att säkerställa basala kunskaper inom omvårdnad och vissa delar av hälso- och sjukvården.

Utbildning för enhetschefer gällande säker läkemedelshantering planeras under 2025.

Interna utbildningsinsatser kommer fortlöpa under året för omvårdnadspersonal samt legitimerad personal.