

Redovisning



# Patientsäkerhets- berättelse

2022

**Patientsäkerhetsberättelsen gäller för:** Vård och omsorgsförvaltningens kommunala hälso- och sjukvård samt rehabilitering

**Dokumentansvarig:** Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

**Diarienummer:** VON/2023:15

# Innehåll

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	5
Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	7
Engagerad ledning och styrning.....	7
Övergripande mål och strategier för verksamhetsåret 2022.....	7
Minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.....	7
Arbeta utifrån en fastställd struktur vid informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.....	8
En god inkontinensvård inom den kommunala hälso- och sjukvården.....	8
Arbeta utifrån en fastställd struktur vid utredning inför beslut om användandet av eventuella skyddsåtgärder.....	8
Minska antalet vårdskador relaterat till fall.....	10
Organisation och ansvar.....	11
Vård och omsorgsnämndens ansvar.....	11
Verksamhetschefens ansvar.....	11
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	12
Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	12
Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL).....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	14
En god säkerhetskultur.....	15
Patientsäkerhet och arbetsmiljö.....	15
Adekvat kunskap och kompetens.....	15
Patienten som medskapare.....	16
Del 2: Agera för säker vård.....	17
Strategier mål och egenkontroller under 2022.....	17
Tillförlitliga, säkra system och processer.....	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	22
Har vården varit säker.....	22
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	22
Avvikelser.....	23
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	25

Säker vård här och nu .....	27
Riskhantering .....	27
Identifierade riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård är: .....	28
Granskning av den palliativa vården .....	28
Palliativa registret .....	29
Stärka analys, lärande och utveckling .....	30
Klagomål och synpunkter .....	30
Klagomål och synpunkter .....	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	31
Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....	32
Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2023- .....	32
2025 kopplade till äldrelivet .....	32
Äldrelivet .....	32
Mål för den kommunala hälso- och sjukvården 2023-2025 .....	32
Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025 .....	32
Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025 (procent 2022 37,5%) .....	32
Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska .....	32
Andelen personer över 75 år med olämpliga läkemedel ska minska till 5 % 2025 .....	32
Uppföljning: Öppna jämförelse .....	32
Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025 (Under 2022 var det 22 % för Forshaga kommun). .....	32
Strategier och utmaningar för kommande år .....	33
Nulägesanalys av patientsäkerhet .....	33

# Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Patientsäkerhetsberättelsen 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”

# Sammanfattning

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att ge en bild av det arbete som har gjorts inom patientsäkerhetsområdet under det gångna året.

Förra året var fortsatt kännetecknat av pandemin och covidvaccinerna. Under våren 2022 avslutades många av de nationella rekommendationer och regelverk som funnits under pandemiåren. Inom vård- och omsorg har dock de flesta rekommendationerna kvarstått, allt för att skydda våra sköra äldre och riskgrupper. Det har bl.a. inneburit att personalen i det patientnära arbetet fortsatt behövt bära skyddsutrustning och vi har fortsatt tagit prover vid misstänkt smitta. Nya rekommendationerna för vaccinationer har inneburit att de mest sköra äldre behövt vaccineras både under vår och höst. Covid 19 tillsammans med RS-virus och influensa innebar fortsatta utmaningar för den kommunala hälso- och sjukvården framförallt mot årets slut.

De mål och strategier som funnits under 2022 är delvis uppföljda. Många av målen följs upp via nationella kvalitetsregister och journalgranskning. Uppföljning visar att vi behöver fortsätta arbeta med mål och strategier så att hela vård- och omsorg på alla nivåer arbetar mot samma mål vad det gäller patientsäkerhet.

En god säkerhetskultur är en av de grundläggande förutsättningarna för en säker vård. Medarbetarna rapporterar avvikelser i verksamhetssystemet efter analys återkopplas det till respektive verksamhet. De vanligaste avvikelserna är läkemedel och fall. Bland läkemedel är den vanligaste orsaken utebliven dos. Mycket arbete läggs ner på att läkemedel hanteras rätt i det elektroniska läkemedelssystemet. Det är många hanteringstillfällen av läkemedel varje dag. Procentuellt har vi en liten procent av ej hanterade. Vi har dock en nollvision. Tyvärr så ökar antalen fall markant mot 2021. De som ramlar ofta står för majoriteten av fall. Alla individer följs upp via fallriskbedömningar i Senior Alert. Det är framförallt de med kognitiv svikt och neurologiska sjukdomar som faller.

En annan förutsättning för säker vård är att personalen har en adekvat kunskap och kompetens. Kompetenshöjande åtgärder under det gångna året är ökad kunskap om läkemedelshantering och basala hygienrutiner.

Läkemedelssäkerhet har bl.a. fokus på antalet olämpliga läkemedel som förskrivs till äldre. Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet vilket har gett ett bra resultat.

Samverkan kring in- och utskrivningar sker i gemensamt planeringssystem med Regionen. I snitt vårdas, de som har en sammanhållen vård, i åtta dygn på sjukhuset. Utskrivningsprocessen är snabb och de flesta tar vi hem inom ett dygn efter utskrivningsklar. Av dessa är det 22 % som återinläggs inom 1-30 dagar. Många sköra äldre är multisjuka och behöver avancerad hemsjukvård.

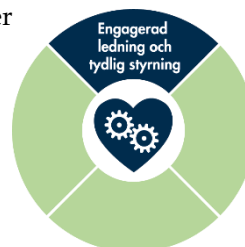
Som slutlig sammanfattning så pågår det mycket arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. Mycket av patientsäkerhetsarbetet inom olika områden har påbörjats och kvalitetsgrupper med legitimerad personal har åter startats upp vilket kommer ha en positiv effekt på patientsäkerheten.

En grundläggande förutsättning för säker vård är en engagerad ledning och en tydlig styrning av den kommunala hälso- och sjukvård. Månadsvisa tillsynsforum har skapats mellan ledningsgrupp och tillsynsfunktionerna, vilket ska leda till mindre avvikelser och ett mer proaktivt arbete.

# Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård

## Engagerad ledning och styrning

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.



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

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

## Övergripande mål och strategier för verksamhetsåret 2022

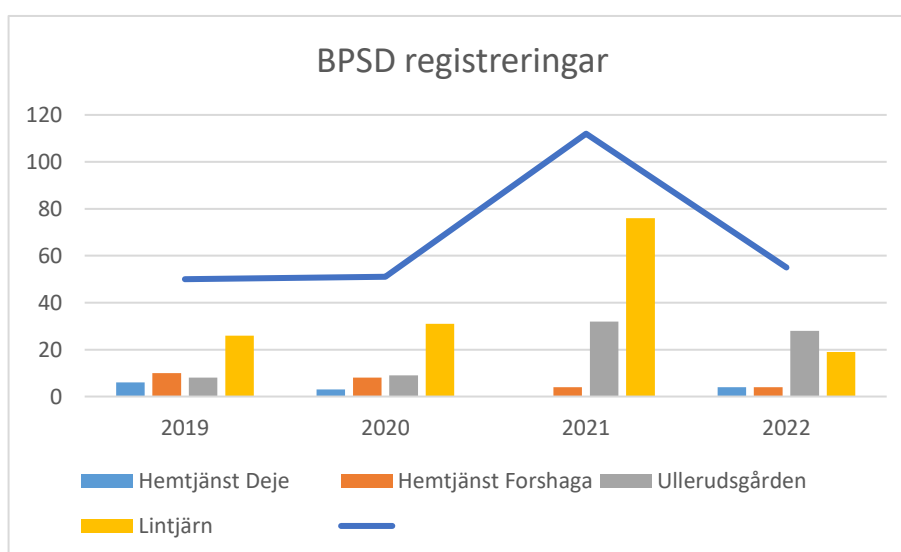
PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 § 1

### Minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

**Hur?** Genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD). Observation av BPSD enligt checklista, analys av tänkbara orsaker, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder

**Uppföljning:** Mäta antalet registrerade i BPSD register.

**Resultat:**





**Analys av resultat:** Demensteamets uppfattning är att det finns ungefär lika många personer med beteendemässiga och psykiska symtom under åren 2019-2022. Antal registreringar upplevs vara kopplade till person och inte funktion. Nya BPSD-administratörer har behövt utbildats i slutet på 2021 och början på 2022. Tyvärr kom det inte igång förrän i slutet på 2022 p.g.a. restriktioner under pandemin.

**Arbeta utifrån en fastställd struktur vid informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.**

**Hur?** Genom att använda SBAR, som ett sätt att kommunicera strukturerat, inom den kommunala hemsjukvården.

**Uppföljning:** Journalgranskning/stickprov två gånger per år.

**Resultat:** Leg. personals dokumentation visar att SBAR används i en allt högre grad. Omvårdnadspersonalens dokumenterade uppföljning sker inte enligt SBAR och är inte alltid relevant.

**Analys av resultat:** Fortsatt arbete med att kommunicera i tal och skrift via SBAR kommer att ske genom uppföljning och journalgranskning i dokumentationsgruppen leg. personal. Introduktion och kompetenshöjning har tydliggjorts i en plan för omvårdnadspersonal med bl.a. SBAR.

**En god inkontinensvård inom den kommunala hälso- och sjukvården.**

**Hur?** Genomföra urinläckagemätningar på alla som bor på särskilt boende och har hjälpmedel med hög absorptionsgrad.

**Uppföljning:** Journalgranskning på särskilt boende. Statistik över förskrivna hjälpmedel.

**Resultat:** Urinmätningar har gjorts framförallt på ett av gruppboendena där särskilda satsningar har gjort. Journalgranskning visar att det förskrivs inkontinenshjälpmedel utan föregående utredning.

**Analys av resultat:** Fortsatt arbete behövs för att utredningar med bl.a. läckagemätningar ska genomföras. Under 2023 kommer inkontinensombuden få en större roll i detta arbete.

**Arbeta utifrån en fastställd struktur vid utredning inför beslut om användandet av eventuella skyddsåtgärder.**

**Hur?** Genomföra utredningar inför beslut av skyddsåtgärder.

**Uppföljning:** Stickprov 2 gånger per år.

**Resultat:**

En fastställd struktur för utredning inför beslutsfattande om användning av skyddsåtgärder har framställts. Leg personal har fått genomgång av strukturen för att säkerställa informationen av användandet.

Det framkommer vid stickprov i journalgranskning ett varierande resultat om följsamheten till den fastställda strukturen för utredning inför beslut om användandet av eventuella skyddsåtgärder.

**Analys av resultat:** Vid stickprov i journal framkommer att mallen för det strukturerade arbetssättet används när det är aktuellt med skyddsåtgärder som används mer sällan, t.ex. bröstbälten. Skyddsåtgärden sänggrind är mycket vanlig och det förekommer vid journalgranskning inte strukturerade utredningar inför att fatta beslut av användandet av sänggrind. Dessa beslut fattas i större utsträckning utefter yrkeserfarenhet, allmän bedömning av patientens hälsotillstånd och samtycke från patient. Vid journalgranskning framkommer även vissa brister i dokumentationen hur utredning och beslut är fattat vid dessa vanligt återkommande skyddsåtgärder.

Fortsatt arbete under 2023 behövs för att utredningar inför beslut om skyddsåtgärder ska genomföras.

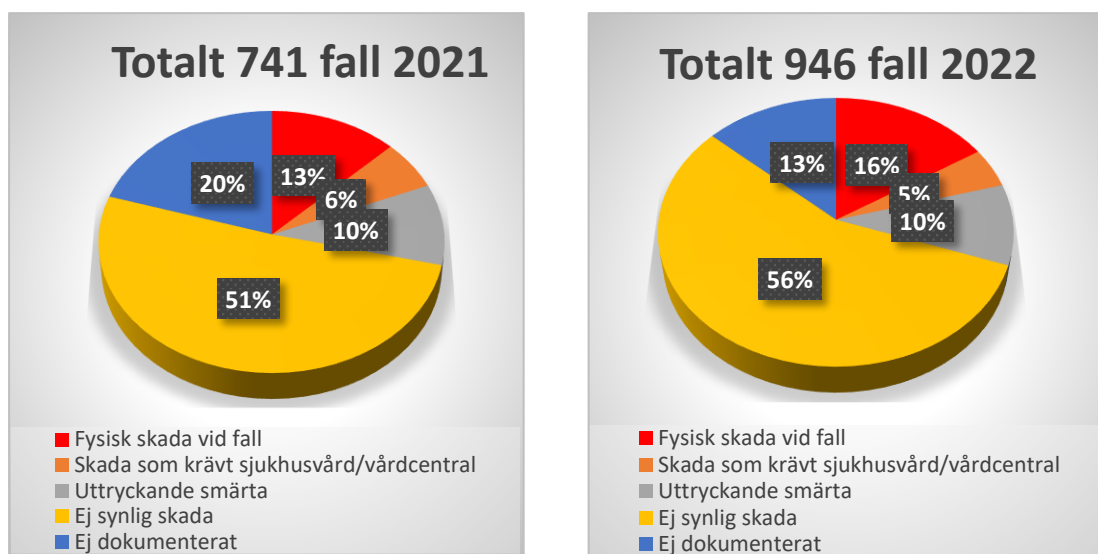
## Minska antalet vårdskador relaterat till fall

**Hur?** Genom att utföra fallriskbedömningar i Senior Alert samt arbeta med fallhändelseutredningar för att finna riskfaktorer för fall med syfte att rätt fallskadeförebyggande åtgärder används.

**Uppföljning:** Journalgranskning. Statistik över antalet vårdskador relaterat till fall.

### Resultat:

Vid analys av samtliga fallavvikelser framkommer 946 fall under 2022, vilket är 205 fler fall än 2021. Fallavvikelserna har granskats enskilt och statistik har tagits fram för att se om/vilken typ av skada patienten drabbats av i samband med fallet, se nedan.



### Analys av resultat:

Dokumentation av skada har förbättrats, vilket kan vara en orsak att det procentuellt inte har minskat med fysisk skada vid fall. Dock finns ett fortsatt behov av att minska fallskador. Arbete med fallförebyggande insatser samt fallhändelseutredningar och hantering av fallavvikelser kommer fortsätta under 2023.

Fallriskutredningar och registreringar i Senior Alert har ökat från föregående år. Åtgärdsplaner samt utförda åtgärder har minskat.

<i>Riskbedömningar med risk</i>	<i>Bakomliggande orsaker vid risk</i>	<i>Åtgärdsplan vid risk</i>	<i>Utförda åtgärder vid risk</i>
2022 76%	2022 85 %	2022 99 %	2022 79 %
2021 71 %	2021 76 %	2021 100 %	2021 82 %

För att förbättra hanteringen av fallavvikelser i syfte att snabbare sätta in fallförebyggande åtgärder och genomföra fallhändelseutredningar kommer ett förändrat arbetssätt av avvikelsetanalysen att genomföras under 2023.

## **Organisation och ansvar**

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

Ansvar för ett effektivt och preventivt patientsäkerhetsarbete vilar på vårdgivaren. Vårdgivaren är den nämnd som av kommunfullmäktige fått uppdrag att ansvara för kommunal hälso- och sjukvård.

Samtliga medarbetare har också en skyldighet att medverka i och bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls.

## **Vård och omsorgsnämndens ansvar**

Nämnden är ansvariga för att:

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Följa upp ledningssystem för kvalitet genom kontinuerliga redovisningar av verksamhetschef på nämndsammanträden
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen genom att ta del av patientsäkerhetsberättelsen

Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

## **Verksamhetschefens ansvar**

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. Verksamhetschefen arbetar på uppdrag av vård och omsorgsnämnden.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschefen ska:

- upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt
- genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ska biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

MAS/MAR har ansvar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom:

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs upp att de efterlevs
- att det finns rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

## **Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**

Enhetschefen för HSL ska tillse att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen har en nära samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR.

## **Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL)**

Ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård och omsorg. Enhetscheferns ansvar är även att se till att rutiner följs, att avvikelser dokumenteras, följs upp och analyseras.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Den legitimerade personalen och vård- och omsorgspersonalen, när de utför delegerade arbetsuppgifter, skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan med andra kommuner och anslutna enheter inom Region Värmland sker genom:

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Region Värmland område hälso- och sjukvård
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m.
- Samverkan enligt samverkansavtal mellan kommunerna i Värmland och Region Värmland
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland
- Sortimentgrupper/riktlinjegrupper för hjälpmedel i Värmland
- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Samverkan med vårdcentralen i Forshaga
- Samverkan med Folktandvården
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD -, och Svedem.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utgångspunkter i kommunens arbete med informationssäkerhet är framförallt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal samt kommunens egna krav.

Med informationssäkerhet avses att säkerställa informationens:

- **Riktighet:** Att information inte kan förändras vare sig av obehöriga, av misstag eller på grund av funktionsstörning. Informationen ska vara tillförlitlig, korrekt och fullständig.
- **Sekretess:** Att innehållet i dokument, information och handlingar inte görs tillgängliga eller avslöjas för obehörig.
- **Spårbarhet:** Att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt, användare, skrivare, dator eller system/program. Det ska gå att se vem som tagit del av informationen, vilka förändringar som har skett och av vem dessa har utförts.
- **Tillgänglighet:** Att information och informationstillgångar kan utnyttjas efter behov, i förväntad utsträckning och inom önskad tid utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Informationssäkerhet är en integrerad del av kommunens verksamhet. Forshaga kommun har en övergripande informationssäkerhetspolicy som ska ange mål och inriktning samt styra kommunens informationssäkerhetsarbete. Alla som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten. All hälso- och sjukvårdsdokumentation sker i verksamhetssystemet Treserva. Dokument förvaras i låsta dokumentskåp.

## Informationssystem inom kommunal hälso- och sjukvård

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva samt i systemet för sammanhållen journalföring, Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt Cosmic LINK säkerställer verksamheten trovärdigheten gentemot den enskilda vårdtagaren att eventuell obehörig åtkomst till dokumenterade patientuppgifter kontrolleras.

Alla informationssystem som leg. personal använder som rör patientuppgifter sker med SITHS-inloggning eller tvåfaktorsinloggning. Inloggning för överlämningspersonal sker med personnummer och lösenord i Alfa CareSignIt.

## En god säkerhetskultur

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

Fel kan inträffa i verksamheten, medarbetarna ska känna att de kan rapportera avvikelser på ett tryggt och säkert sätt. Avvikelse ska analyseras och resultat återkopplas till verksamheterna för förbättringsarbete. Det är viktigt att alla medarbetare vet vad patientsäkerhet innebär och vilka de vanligaste riskerna är.



Vår värdegrund ska genomsyra vårt förhållningssätt till varandra och patienter. Hur man betar sig mot varandra påverkar synen på hur vi hanterar risker och avvikelser. Chefer, MAS och MAR har ett särskilt ansvar för att patientsäkerhetsfrågor tas på allvar och hanteras aktivt. Om en patient drabbas av vårdskada tas det omhand direkt för att minska skadeverkningar. Inblandad personal, närstående och patienten får stöd i nära anslutning till det inträffade. Inträffade händelser utreds och återkopplas till verksamheterna för att lära utav de som skett.

## Patientsäkerhet och arbetsmiljö

Vård i hemmet består i allt högre grad av avancerad hemsjukvård. Det innebär att behovet av medicinsk utrustning, kompetens och hjälpmedel har ökat. Både arbetsmiljön och patientsäkerheten påverkas när vården bedrivs i den enskildes hem. Arbetsmiljö och patientsäkerhet påverkar i sin tur varandra men tillhör olika lagrum.

## 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.

Vård och omsorgsförvaltningen har en kompetensutvecklingsplan för alla medarbetare. Under 2022 har MAS och MAR tillsammans med enhetschefer påbörjat en plan för introduktion och fortbildning relaterat till hälso- och sjukvård. Årshjul kommer att tas fram och målet är att alla utbildningar ska finnas som e-lärande i verktyget Info Caption.

Schemaläggning sker i ett schemalägningsprogram som styrs av grafer med bl.a. lägsta bemanning för säker vård.





## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Vården ska så långt som möjligt bedrivas i samråd med den enskilde. Vården och patienten kan ha olika syn på vården. Det är viktigt att ställa frågan till patienten, Vad är viktigt för dig?



Patienten och hans närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det är särskilt viktigt när vården bedrivs i patientens hem. Patientens självbestämmande och integritet måste alltid respekteras

Vid utredning av klagomål och synpunkter samt internutredningar enligt lex Maria involveras närstående. Vid vård i livets slut är alltid patienten och/eller den närstående delaktig.

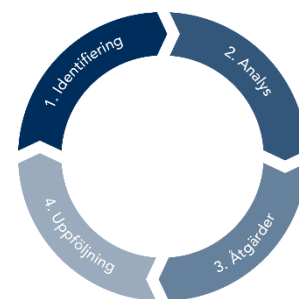
Nära vård är en omställning och en utveckling att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Omställningen pågår på lokal, regional och nationell nivå, likaså i vård- och omsorgsförvaltningen. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för varje enskild individ.

Under 2022 har vård- och omsorgsförvaltningens arbete med att verksamheterna ska genomgå Medskaparprojektet fortsatt och kommer även fortsätta under 2023. Medskaparprojektet ligger i linje med arbetet som bedrivs i Nära vård. I slutet av 2022 började även den legitimerade personalen inom vård- och omsorgsförvaltningen genomgå Medskaparprojektet, med ett anpassat upplägg för att ha ett stort fokus på omställningen till Nära Vård.

## Del 2: 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.



### Strategier mål och egenkontroller under 2022

Process	Aktivitet	Egenkontroll/Åtgärder
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Avvikelse rapportering	Uppföljning av inrapporterade avvikelser kontinuerligt av berörda funktioner. Uppföljning på APT och MAS/MAR-möte
	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda	MAS/MAR utreder vårdskador eller risk för vårdskador. Kontinuerlig sammanställning av riskområden och återrapportering till nämnd och verksamhet
	Minimera effekten av negativa händelser	Uppföljning att omedelbara åtgärder satts in. Stöd till inblandade och information till närstående
	Mätning och sammanställning av information om vårdskador	Kontinuerlig sammanställning och återrapportering till nämnd och verksamhet
	Mätning och sammanställning av information om vårdskador i vårdens övergångar	Kontinuerlig sammanställning av riskområden och återrapportering till nämnd och verksamhet. Sammanställning från patientnämnden en gång per år samt regelbunden återrapportering mellan huvudmän

<p><b>Tillförlitliga, säkra system och processer</b></p>	<p>Definiera aktiviteter i ledningssystem för kvalitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Årlig uppföljning och revidering av riktlinjer och lokala rutiner.</li> <li>– Årlig revidering av ledningssystemet för kvalitet, uppdateras utifrån verksamhetens riskområden samt nationella vårdprogram och riktlinjer.</li> </ul>
	<p>Samordning och informationsdelning mellan aktörer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Årlig uppföljning och revidering av lokala rutiner gällande informationsöverföring.</li> <li>– Årlig uppföljning av statistik gällande utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.</li> <li>– Kontroll av säkerhet gällande aktuella läkemedelslistor och behandlingsordinationer.</li> <li>– Kontinuerliga samverkansträffar med vårdcentralen.</li> <li>– Kvalitetsgranskning gällande läkemedelsrutiner inom äldreomsorg i samverkan med MAS, Kils kommun.</li> <li>– Samverkan med central vaccinationsenhet.</li> <li>– Samverkan med Smittskydd Värmland.</li> <li>– Samverkan med Region Värmland relaterat till patientsäkerhet.</li> <li>– Kontinuerlig samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningens aktörer, exempelvis gällande in- och utskrivning från slutenvård</li> </ul>

<p>Identifiera kända riskområden för vårdskador och risk för vårdskador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riskbedömningar och preventiva åtgärder utifrån registreringar i kvalitetsregister (Senior Alert, palliativa registret, BPSD, SveDem).</li> <li>– Årlig läkemedelsgenomgång.</li> <li>– Punktprevalensmätningar gällande basala hygien- och klädrutiner.</li> <li>– Riskbedömningar i ledningssystemet för kvalitét</li> </ul>
<p>Användandet av kvalitetsverktyg för ett patientsäkert arbete</p>	<p>Uppföljning av användandet av SBAR, NEWS, VAS, Abbey Pain Scale.</p>
<p>Användandet av medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Årlig säkerhetskontroll av medicintekniska produkter.</li> <li>– Regelbundet underhåll och rekonditionering av hjälpmedel.</li> <li>– Kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik där hjälpmedel inkluderas.</li> <li>– Årlig samverkan och revidering av riktlinjer med regional hjälpmedelsverksamhet.</li> <li>– Avvikelsehantering gällande hjälpmedel.</li> <li>– Uppföljning av individens hjälpmedelsförskrivning i VismaWebSesam.</li> <li>– Årlig besiktning av personlyft. Besiktning vartannat år av vårdsäng. Besiktning av lyftselar var 6 månad.</li> </ul>
<p>Säkerställa ändamålsenliga vårdmiljöer</p>	<p>Utföra riskanalyser och anpassa hemmiljö för att upprätthålla god patientsäkerhet och arbetsmiljö. Följs upp via avvikelser och tillbud.</p>

Säker vård här och nu	Förutse variationer och störningar i närtid	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riskbedömningar relaterat till patientsäkerhet och bemanning (leg. personal och delegerad personal).</li> <li>– Riskbedömning avancerad hemsjukvård vid utskrivning från hälso- och sjukvård.</li> <li>– Riskbedömningar vid värmebölja.</li> <li>– Riskbedömningar angående tillgång av skyddsmedel, läkemedel och hjälpmedel.</li> </ul>
	Genomföra risk och säkerhetsanalyser i samverkan med räddningstjänsten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dagliga prioriteringar av dagligt arbete.</li> <li>– Riskanalys för avbrott i informationssystem.</li> <li>– Riskanalys för leveransproblem av viktiga hjälpmedel och läkemedel.</li> </ul>
	Dagligt patientsäkerhetsarbete	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Daglig avstämning inom professionen.</li> <li>– Följsamhet till rutiner för informationsöverföring internt mellan olika professioner.</li> <li>– Uppföljning av avvikelser relaterat till informationsöverföring.</li> </ul>
	Identifiera risker för en säker arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nära dialog med enhetschefer gällande arbetsmiljö och patientsäkerhet.</li> </ul>
	Identifiera risker för en säker bemanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nära dialog med enhetschefer gällande schemaläggning och bemanningsplanering relaterat till patientsäkerhet.</li> </ul>
	Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tydliggörande av medicinska ledningens (MAS/MAR) ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.</li> <li>– Närvaro vid förvaltningsledning.</li> </ul>

Stärka analys, lärande och utveckling	Uppföljning av patientsäkerhet genom insamling och sammanställning av data från flera källor	Senior Alert, BPSD, Svenska palliativregistret, Öppna jämförelser, KKIK, HALT, PPM, PBHK, klagomålshantering, analys av statistik vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.
	Analysen som möjliggör lärande	Redovisning av avvikelser till verksamhet.
	Lärande från analyser och det egna arbetet	Revidering av rutiner, skapande av nya rutiner och arbetssätt.
	Spridning av kunskap och lärdomar	Ta del av avvikelser från andra enheter. Spridning av omvärldsbevakning av MAS/MAR till enhetschefer och övrig personal.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Beredskap och planering av risker på lång sikt	Omvärldsbevakning av kompetensbehov.
	Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv	Deltagande i träff med Värmlands MAS:ar och regionens smittskydd, vaccinationsenhet, patientsäkerhetskommittén. Nätverksträffar med hjälpmedelsservice samt Värmlands kommuner. Samverkan med Karlstad och Örebro universitet. Samverkan i MAS/MAR nätverk.
	Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Metod- och färdighetsträning på kommunövergripande nivå.

# 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.



## Har vården varit säker

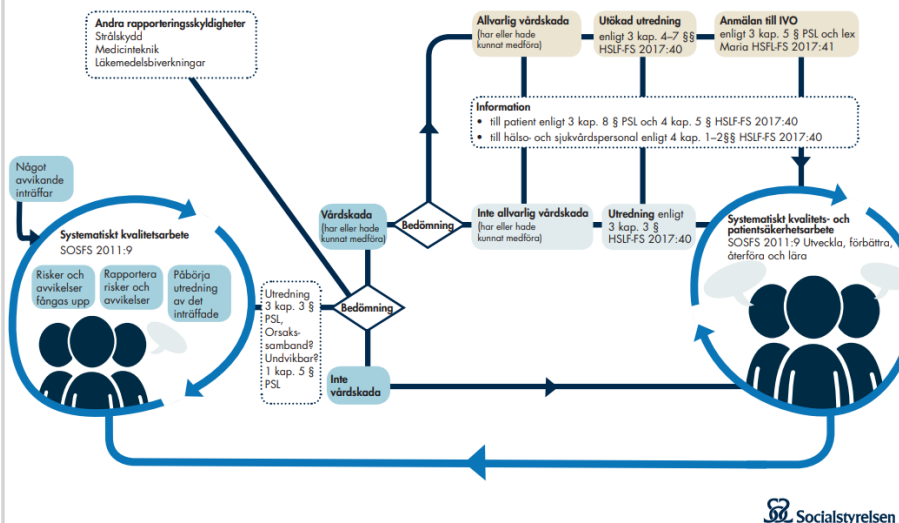
### Avvikelse rapporter enligt lex Maria

Händelser som har eller kunnat medföra vårdskada utreds av MAS och/eller MAR och återkopplas till verksamheten. Allvarlighetsgrad och konsekvens av händelsen avgör om en anmälan till IVO ska ske. När en allvarlig händelse inträffat får MAS/MAR direkt kännedom om händelsen via meddelandefunktionen i verksamhetssystemet eller muntligt från närmsta chef. Det gör att vårdskador upptäcks i rimlig tid. En första analys av avvikelserapporter görs av enhetschef och/eller legitimerad personal när denne får kännedom om händelsen, det kan ske vid månadsvisa sammanställningar eller via meddelande funktionen i verksamhetssystemet.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Utredning av händelser i hälso- och sjukvården

Utredningsprocessen när något avvikande inträffar, kopplingen mellan systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete och var i processen olika lagrum och föreskrifter blir aktuella.



## Avvikelser och utredningar i hälso- och sjukvård vård och omsorg, Forshaga kommun

### Avvikelser

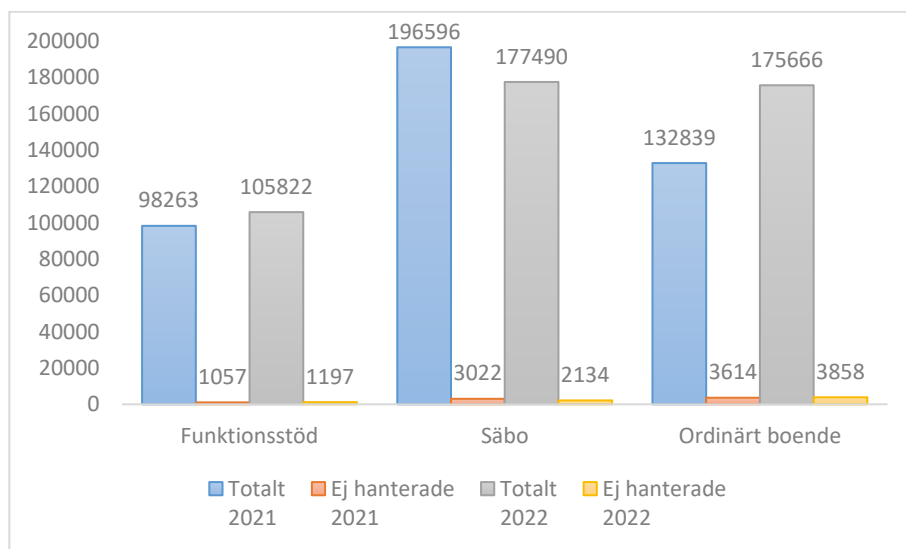
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelserrapporter HSL 2022	
Område	Antal
Brister i informationsöverföring	5
Dokumentation/handläggning	1
Fall	996
Hjälpmedel	39
Läkemedelshantering	179
Teknisk utrustning/miljö	0
Trycksår	2

Personal skriver avvikelserrapporter i verksamhetssystemet. De allra vanligaste avvikelserna är inom området fall och läkemedel.

Avvikelser rörande läkemedel följs främst upp via AlfaCareSigIt.

### Ej hanterade läkemedel i Alfa CareSignIT



Det är många hanteringstillfällen inom den kommunala hälso- och sjukvården under ett år. Sedan 2 ½ år hanteras och dokumenteras alla läkemedel elektroniskt. Det gör att man kan följa hanteringen i realtid och få fram bra statistik. Procentuellt ligger ej hanterade doser på 1-3%.



Under 2021-2022 har fokus varit på att justera läkemedelstider och tidsintervallet under vilket läkemedel kan ges. En webbaserad utbildning har tagits fram för introduktion och repetition. Arbetet med att se så rätt hanteringsalternativ har valts när patienten har tagit sitt läkemedel har påbörjats. Många läkemedelsavvikelser (ej hanterade läkemedel) har inte hanterats på rätt sätt i systemet. Exempelvis anhöriga har gett, sover eller är på sjukhus etc.

### Utredningar och bedömning av vårdskada

Utredningar enligt lex Maria			
Avvikelse	Typ av händelse	Allvarlig vårdskada	Anmälan till IVO
Inkom som avvikelse	Läkemedel	Nej	Nej
Inkom som avvikelse	Läkemedel	Nej	Nej
Inkom som klagomål	Omvårdnad och läkemedel	Nej	Nej
Inkom som avvikelse	Otydlighet kring HLR	Nej	Nej
Inkom som klagomål.	Smärtlindring	Nej	Nej

### Bakomliggande orsaker

Två av avvikelserna som inkommit har inkommit som klagomål och synpunkter men har tagits över av MAS för vidare handläggning. I båda fallen är det närstående som inte varit nöjd med vården. Händelseanalysen påvisar inga brister vad det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser. Däremot påvisas brister i bemötande, kommunikation och information. Avvikelser som handlar om läkemedel består i stöld av narkotikaklassade läkemedel. Händelseanalyserna har genomförts i nära samarbete med enhetschef. Händelserna påvisar ingen allvarlig vårdskada men det har funnits brister runt säkerheten kring läkemedelshantering som nu delvis har åtgärdats. Stölderna har polisanmälts enligt rutin. Avvikelsen runt oklarheter runt åtgärder vid hjärtstopp har lett till ändrade rutiner kring dokumentation och informationsöverföring till omvårdnadspersonal.

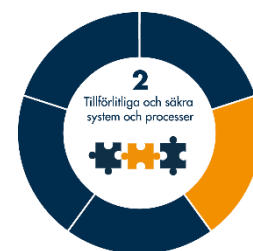
### Fall

År 2021 registrerades 772 fallavvikelser men av dessa var 741 faktiska fall. År 2022 registrerades 996 fallavvikelser med 946 faktiska fall. Skillnaden mellan antal registrerade fallavvikelser och faktiska fall beror på bl.a. dubbelskrivna avvikelser, flera fall i en avvikelse m.m. Inom varje enhet finns det en eller flera mångfallare, vilket betyder att dessa individers hälsotillstånd påverkar att de riskerar att falla ofta. Att vissa individer faller ofta beror oftast på hälsohistoria med kognitiv svikt och/eller neurologiska sjukdomar. Personer som är självständiga i förflyttningar tenderar även till

att falla oftare. Alla individer efter samtycke följs regelbundet upp via fallriskbedömningar i Senior Alert för att upptäcka och synliggöra förhöjd risk att falla. Det fallförebyggande arbetet pågår ständigt i verksamheten, åtgärder som att skapa trygga vårdmiljöer, individanpassningar i omvårdnad, hjälpmedelsförskrivningar samt arbete med larm- och skyddsåtgärder är exempel på fallförebyggande insatser.

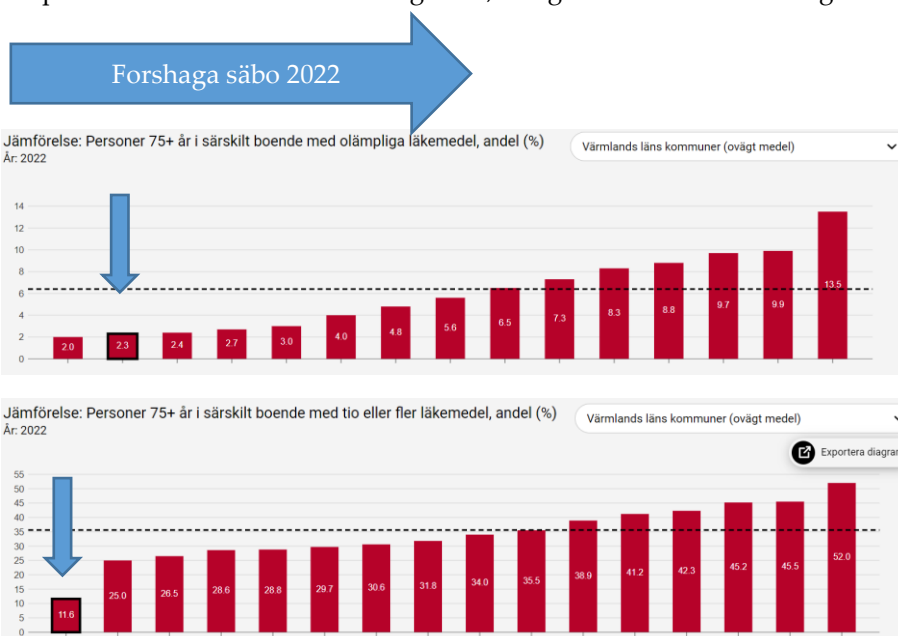
## Tillförlitliga och säkra system och processer

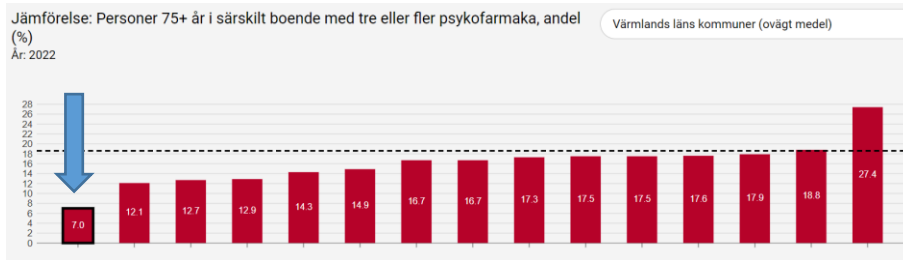
Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



### Läkemedelssäkerhet

Inom Region Värmland finns det både en läkemedelskommitté och ett läkemedelscentrum. Båda har i uppdrag att genom en rad olika aktiviteter verka för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i hela vårdkedjan. Läkemedelsrekommendationer finns för de mest sjuka äldre, fördjupade läkemedelsgenomgångar tillsammans med farmaceut, ansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska har genomförts i ordinärt boende. På särskilt boende sker förenklad läkemedelsgenomgång vid inflyttning och vid förnyelse av dosrecept. Hantering av läkemedel inom den kommunala vården sker enligt de riktlinjer och rutiner som fastställs av läkemedelsenheten. Läkemedelslista för aktuella läkemedelsordinationer, för patienter där läkemedelsövertag skett, nås genom Cosmic Messenger.

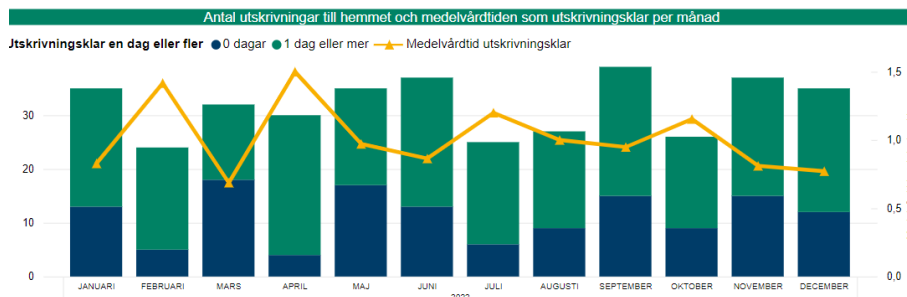




### Samverkan vid in och utskrivning på sjukhus

Cosmic Link används vid utskrivningsplanering från slutenvård och vid framtagande av en samordnad individuell plan (SIP). Planeringen sker utifrån gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning. På de patienter som sedan tidigare inte är inskrivna i den kommunala hemsjukvården och/eller har hemtjänst görs en gemensam SIP mellan den enskilde, sjukhuset, vårdcentralen, kommunal hemsjukvården och socialtjänsten. Det sker oftast via Teams och vårdcentralen är sammankallande. För de som tidigare har hemsjukvård och hemtjänst med ett utökat behov möter förvaltningens team upp i hemmet. För de som går hem med oförändrade insatser stämmer varje profession av enskilt med patienten. De som bor på säbo skrivs åter ut till boendet i samråd med ansvarig sjuksköterska.

### Antal utskrivningar till hemmet, medelvårdtid och tid som utskrivningsklar



En mått som brukar jämföras med vårdtid och tid som utskrivningsklar är antalet oplanerade återinskrivningar. Under 2022 var det totalt 74 patienter som blev återinskrivna inom 1-30 dagar.

### Nationella och regionala riktlinjer/metoder

För att kunna arbeta utifrån bästa kunskapsläge använder hälso- och sjukvården i Forshaga kommun Vårdhandboken.se. Syftet med Vårdhandboken är att säkerställa god och säker vård på lika villkor. Vårdhandboken bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL) och bidrar till att de nationella målen för hälso- och sjukvården ska uppnås. Webbsidan ger riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården så att kvaliteten och säkerheten i vården kan behållas och vidareutvecklas i hela landet.

På regionalnivå hämtas information och riktlinjer från Region Värmlands vårdgivarwebb.

### **Medicintekniska produkter**

För att säkerställa medicintekniska produkters säkerhet sker årlig service och underhåll av OneMed AB.

Gällande medicintekniska produkter inom hjälpmedelsverksamheten har vård- och omsorg hjälpmedelstekniker som utför fortlöpande rekondering, service och förebyggande underhåll. Inom verksamheten genomförs även årliga besiktningar och inspektioner av specifika hjälpmedel. Värmlands kommuner i samverkan med Hjälpmedelsservice Region Värmland, utför gemensamma upphandlingar gällande de hjälpmedel som ska ingå i kommunens bassortiment samt gemensamma riktlinjer för förskrivning.

### **Säker vård här och nu**

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



### **Riskhantering**

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

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

Riskbedömningar görs i ledningssystemet för kvalitet och utifrån sannolikhet och konsekvens genomförs åtgärder. Risker rapporteras även in i avvikelshanteringssystemet.

### **Identifierade riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård är:**

- Kommunikation och information
- Undernäring
- Läkemedel
- Fall
- Trycksår
- Infektioner och smittspårning
- Fördröjd utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
- Medicintekniska produkter

Ovanstående riskområden beskrivs i 2022 och 2023 års ledningssystem för kvalitet som processer (en process är en serie aktiviteter som är kopplade mot ett bestämt mål). Aktiviteterna skall vara åtgärder som minskar risk för vårdskador.

Vård och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att identifiera risker på alla nivåer i organisationen. Risker identifieras och beskrivs i ledningssystemet för kvalitet och genom inrapporterade avvikelserapporter. En god säkerhetskultur innebär även att alla som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården är medvetna och vaksamma om vilka risker som finns. Omvårdnadspersonalen rapporterar till legitimerad personal via de rutiner som finns för informationsöverföring och uppmärksammas på de risker som finns.

### **Granskning av den palliativa vården**

En gemensam granskning av palliativ vård har genomförts av revisorerna i Region Värmland och kommunrevisionerna i de Värmländska kommunerna. Granskningens utgångspunkt har varit att se om Regionstyrelsen, kommunstyrelserna och ansvariga nämnder genom styrning, uppföljning och internkontroll säkerställer att det finns rutiner och avtal som syftar till en ändamålsenlig palliativ vård respektive omsorg i livets slutskede.

Utifrån iakttagelser har förvaltningen föreslagit ett antal åtgärder.

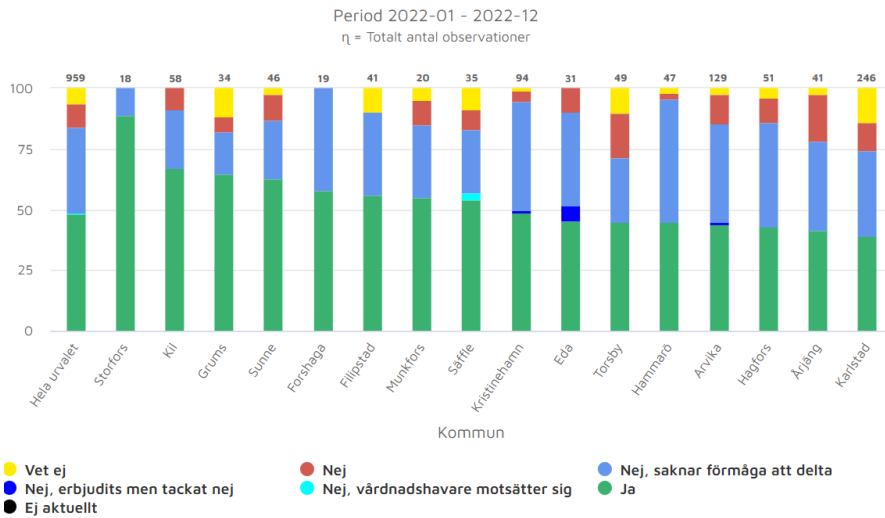
- Ledningssystemet för kvalitet skall redovisas vid vård och omsorgsnämnd under kvartal två
- Vid revidering alt. framtagande av nya avtal eller överenskommelse ges information från MAS alt. verksamhetschef i aktuellt forum, nämndsammanträden, förvaltningsledning, sjuksköterska/MAS möte publicering på Intranätet
- Vård - och omsorgsnämnden fattade den 21/11 2022 att under 2023 anta åtagandet: *Tydliggöra styrmodellen för den palliativa vården på kommunal nivå i Forshaga kommun.*

## Palliativa registret

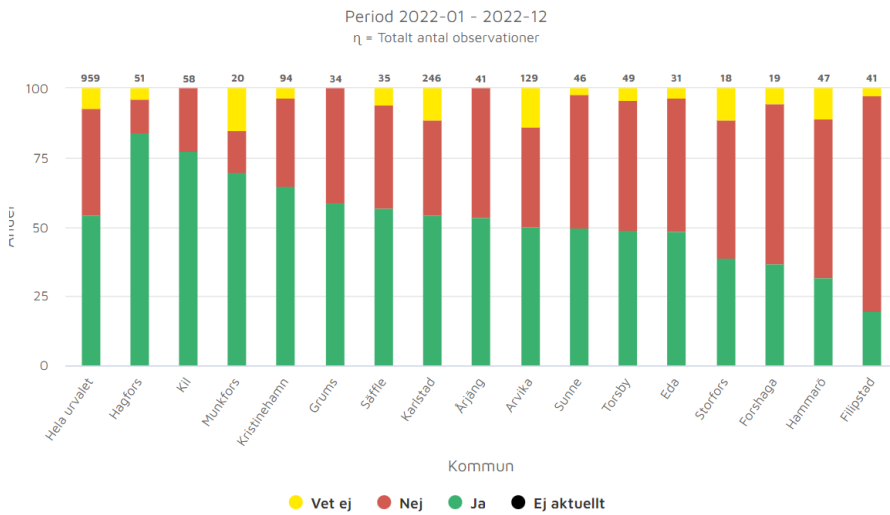
Ett förbättringsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården är registrering och uppföljning i det palliativa registret. Parametrar som vi har särskilt fokus på är;

- Brytpunktssamtal
- Smärtskattning
- Munhälsobedömningar
- Antal registreringar

### Dokumenterat brytpunktssamtal till patient

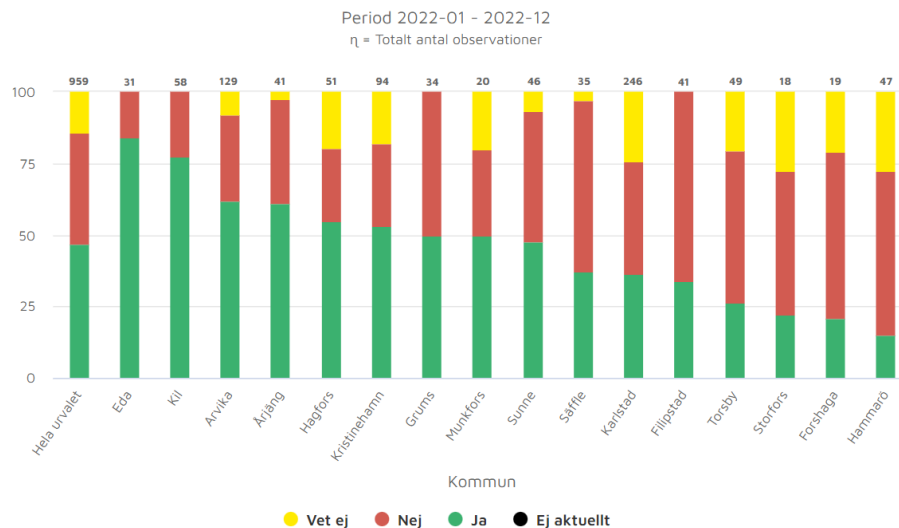


### Smärtskattning utförd sista levnadsveckan



This is a modified report

## Dokumenterad munhalsbedömning sista levnadsveckan



Genom att öka medvetenheten och kunskapen inom hela förvaltningen, om vilka risker som finns för vårdskador blir vården säkrare. Ökad kunskap om patientsäkerhet och hur man kan jobba förebyggande minskar risken för vårdskador.

## 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.



Analys och lärande sker främst genom lex Maria utredningar, återkoppling av avvikelser till verksamheten. Uppföljning av mål 2022 har skett genom nationella register, journalgranskningar samt intervjuer.

## Klagomål och synpunkter

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

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kommer till verksamheten, via patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg, Region Värmland och via förvaltningens klagomål och synpunktshantering.

Under 2022 har inga klagomål inkommit från externa samverkansaktörer. Några klagomål har inkommit via förvaltningens klagomål och synpunktshantering. De flesta har kunnat lösas via samtal med den klagande. Ett klagomål har bedöms som allvarlig vårdskada och lämnats över till IVO för ytterligare handläggning.

## 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.

För att kunna arbeta patientsäkert i framtiden behöver flera åtgärder beaktas:

- Kompetensutveckling
- Omvärldsbevakning
- Risk- och sårbarhetsanalys vad det gäller kommunal hälso- och sjukvård
- Träning och simulering





# Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

## **Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2023-2025 kopplade till äldrelivet**

Mål för kommande års patientsäkerhetsarbete följer några av de mål som beredningsgruppen i äldrelivet, Nya Perspektiv, lagt fram som målområden fram till 2025.

### **Äldrelivet**

Länets kommuner och regionen samverkar för att skapa förutsättningar för en trygg, frisk ålderdom och ett bättre liv för äldre i Värmland samt ett värdigt slut.

Det handlar både om hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter, att färre äldre ska falla och skada sig men också om en sammanhållen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling samt god vård i livets slutskede.

### **Mål för den kommunala hälso- och sjukvården 2023-2025**

**Minst 80 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal 2025**

Uppföljning: Årlig uppföljning i palliativa registret

**Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning 2025 (procent 2022 37,5%)**

Uppföljning: Årlig uppföljning i palliativa registret

**Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska**

Uppföljning: Statistik i verksamhetssystem

**Andelen personer över 75 år med olämpliga läkemedel ska minska till 5 % 2025**

Uppföljning: Öppna jämförelse

**Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska till 16 % 2025 (Under 2022 var det 22 % för Forshaga kommun).**

Uppföljning: Statistik Cosmic Link

## Strategier och utmaningar för kommande år

### Nulägesanalys av patientsäkerhet

Omställning till nära vård pågår för fullt i hela landet. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. För att stärka patientsäkerhetsarbetet har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram ett analysverktyg. En nulägesanalys har genomförts (första kvartalet 2023) med hjälp av analysverktyget för hälso- och sjukvården i Forshaga kommun och handlingsplan tagits fram för kommande år.

Identifierade fokusområden	Tema	Hur?	Ansvarig
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	Avvikelsesrapportering	Ta upp på Ledningsmöte, APT, MAS och MAR möte	MAS, MAR, Enhetschefer alla
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda	Skapa tillförlitliga processer. Beskriva processer i webbaserat utbildningsverktyg (InfoCaption)	MAS och MAR
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	Minimering av effekter av negativa händelser	Skapa tillförlitliga processer. Beskriva processer i webbaserat utbildningsverktyg (InfoCaption)	MAS och MAR. Alla ska utbilda sig
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	Väcka intresse för välfärdsteknik och förstå nyttan. Ny lag MDR. Nya processer p.g.a. Väcka intresse och följsamhet till MDR.	MAS, MAR, Enhetschef HSL, Verksamhetschef HSL och Leg. personal
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor	Sprida information i verksamheten.	MAS, MAR, Enhetschefer alla
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Analys som möjliggör lärande	Ta upp på Ledningsmöte, APT, MAS och MAR möte	MAS, MAR, Enhetschefer alla
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Lärande från analyser och det egna arbetet	Ta upp på Ledningsmöte, APT, MAS och MAR möte	MAS, MAR, Enhetschefer alla, Leg personal, Omvårdnadspersonal
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Spridning av kunskap och lärdomar	Ta upp på Ledningsmöte, APT, MAS och MAR möte	MAS, MAR, Enhetschefer alla
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Skapa tillfällen för färdighetsträning och simulering.	Ledningsgruppen med stöd av MAS och MAR
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	En god säkerhetskultur	Aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera och diskutera avvikelser. Inte skuldbelägga varandra. En lärande organisation.	Alla inom vård och omsorg
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap	Arbetet med medskaparprojektet och nära vård.	Alla inom vård och omsorg