
Patientsäkerhetsberättelse för Strömsunds kommun År 2024

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

Strömsunds kommuns patientsäkerhetsberättelse följer Socialstyrelsens mall "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård 2020-2024." Den är indelad i två avsnitt – Grundläggande förutsättningar för säker vård, samt Agera för säker vård.

Datum: 2025-02-28

Ansvarig för innehållet: Katrin Djusberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: HSV-VSF 2025.21

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse för Strömsunds kommun År 2024	1
SAMMANFATTNING	4
1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Egenkontroll	14
Basala hygienrutiner	14
Riskbedömningar	16
Palliativ vård	19
Vårdrelaterade infektioner	22
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	27
Säker vård här och nu	29
Riskhantering	29
Stärka analys, lärande och utveckling	30
Avvikelse	30
Klagomål och synpunkter	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31
Bilaga 1	33
Läkemedel	33

Antagen: Välj vem som beslutat i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

Reviderad: Välj ansvarig i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

Fall _____ 35

Övriga händelser och medicintekniska produkter _____ 37

SAMMANFATTNING

Hälso- och sjukvårdsinsatser planeras utifrån befolkningens behov mot politiskt beslutade mål. Patienten ska få säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och vårdskador ska förebyggas. Vården sker i samverkan både internt inom kommunen och med externa aktörer och vårdgivare. Lokal samverkansarena finns för samverkan enligt gemensam plan för god och nära vård.

Systematiskt kvalitetsarbete har bedrivits genom bland annat avvikelshantering, egenkontroller, registrering i nationella kvalitetsregister, granskning av dokumentation och läkemedelshantering. Under året infördes ett nytt verksamhetssystem för rapportering och utredning av avvikelser vilket har inneburit utmaningar och förändrade arbetssätt för att förbättra hanteringen. Övergången har medfört förstärkt metod för att identifiera och arbeta med patientsäkerhetsrisker och förbättrad säkerhetskultur.

Antalet rapporterade fall har ökat och fler skador har uppkommit i samband med fallen. Även antalet läkemedelsavvikelser har ökat. I de allra flesta avvikelserna uppkom ingen vårdskada eller risk för vårdskada. En anmälan enligt Lex Maria har gjorts.

Flera kvalitetsindikatorer i Svenska palliativa registret har förbättrats utifrån nationella mål, men områden för förbättring finns exempelvis inom munhälsobedömningar och vårdplaner.

En ökning av antal bedömningar av risk för fall, undernäring, munhälsa, trycksår och blåsdysfunktion kan ses. Vikten av att arbeta med vårdprevention har lyfts under året vilket kan ha gett resultat i fler upptäckta risker som kan förebyggas.

Andelen vårdrelaterade infektioner på kommunens särskilda boenden har ökat och är högre än riket. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats men behöver öka.

Personal har rekryterats utifrån behov och kompetensutveckling skett genom vidareutbildningar. Både intern och extern utbildning har erbjudits

inom olika områden. Utvecklingen av dokumentation och digital signering har fortgått.

Risk -och sårbarhetsanalyser har tagits fram som grund till kontinuitetsplanering för hälso- och sjukvården, och åtgärder pågår för att öka robustheten i den samhällsviktiga verksamheten.

1. 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 §

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet i kommunen är att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, samt att vårdskador förebyggs. Kvalitet och patientsäkerhet följs via egenkontroller samt deltagande i nationella mätningar och kvalitetsregister. Vården för patienten ska vara personcentrerad.

Socialnämndens mål 2024 för hemsjukvården:

- Förebyggande riskbedömning görs för 90% av kvinnor och män med hemsjukvård
- 100% av personal inom vård och omsorg ska följa basala hygienrutiner

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden/Närvårdsnämnden

Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. I nämndens ansvar ingår att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden fastställer och följer upp mål i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef/Närvårdschef

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355)
- besluten om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering av risk för vårdskador samt för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- anmälan görs till kommunal nämnd och Inspektionen för Vård och omsorg om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling, eller utsatts för risk för det.

Enhetschef

Enhetschef ser till att riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är väl kända och för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs i yrkesutövningen. De ansvarar även för att identifiera och rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, utreda, åtgärda och följa upp/återkoppla avvikelser, samt leda förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ansvarar även för att identifiera och rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, samt utreda, åtgärda och följa upp.

Vård och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal anses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och utför ordinerade och/eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed också en skyldighet att bidra till att patientsäkerhet upprätthålls genom att identifiera och rapportera avvikelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Externa funktioner

Kommunen har genom samverkansavtal tillgång till stödfunktioner som primärvårdsläkare, smittskydds- och vårdhygienisk expertis, läkemedelsenhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan har skett både internt och med andra vårdgivare genom:

- Vårdplanering och överrapportering för säkerhet i vårdens övergångar, mellan kommun och region via digitalt informationssystem (Cosmic Link). Samordnad individuell planering (SIP) vid behov med syfte att tillgodose individens behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet när det finns flera vårdgivare. Samverkan och vårdplanering mellan aktörer inom kommunen.
- Läkemedelsgenomgång av läkare enligt föreskrift för att öka kvalitet och säkerhet i läkemedelsbehandlingen, tvärprofessionellt för de patienter där sjuksköterska har övertagit läkemedelsansvaret.
- Vårdtagaruppföljningar/teamträffar för samverkan kring patienter boende på särskilt boende och med hemtjänst- eller LSS-insatser.
- Möten i Lokal Samverkansgrupp Patientsäkerhet månadsvis där MAS/MAR i länets kommuner samverkar i gemensamma frågor med samverkanspartners inom regionen.

-
- Lokal samverkansarena där representanter från region- och privatdriven primärvård, elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens verksamheter träffas månadsvis med syfte att utveckla god och nära vård i kommunen utifrån politiskt beslutad inriktning och upprättad gemensam plan för primärvårdsnivå inom regionen.
 - MAS/MAR-samverkan mellan länets kommuner runt gemensamma riktlinjer och rutiner för en patientsäker och jämlik vård- och omsorg i länet.
 - Avvikelsehantering mellan region och kommun via MAS och berörda aktörer. Samverkan i förekommande fall med patientnämnden och inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i klagomål som inkommit till dessa myndigheter som rör kommunens hälso- och sjukvård.
 - Hygienronder på kommunens särskilda boenden av vårdhygienisk expertis.
 - Nödvändig tandvård/upsökande verksamhet har erbjudits dem som har stora omvårdnadsbehov, via folktandvården.
 - Kompetenshöjande utbildningar via externa aktörer

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsarbetet sker integrerat i verksamheten utifrån lagar och föreskrifter som styr informationssäkerhet och efterlevnad följs genom bl.a. journalgranskning och loggkontroller. Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram
- Fysiska skydd: t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

Legitimering via e-id har införts, vilket innebär en förstärkt säkerhet vid inloggning med SITHS-kort.

Antagen: Välj vem som beslutat i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

Reviderad: Välj ansvarig i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

IT-Stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Incident
Procapita / Lifecare	Journalföring	Loggkontroller Behörighetstilldelning Rutin vid driftstörning Inloggning i Lifecare med tvåfaktorsinloggning	Planerade stängningar för uppgradering, förlängd avbrottstid/störningar i funktioner vilket medfört att reservrutiner tagits i bruk
Cosmic Link, för samordnad vårdplanering	Informationsöverföring mellan vårdgivare vid behov av vårdplanering	Loggkontroller Behörighetstilldelning Rutin vid driftstörning Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad
NPÖ	Möjlighet för legitimerad personal att ta del av andra vårdgivares journalhandlingar	Samtycke inhämtas från den enskilde Loggkontroller Behörighetstilldelning Inloggning med SITHS-kort Rutin vid driftstörning	Ingen rapporterad
Senior Alert	Nationellt kvalitetsregister och verktyg för riskbedömning och åtgärdsplanering vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion	Samtycke inhämtas för registrering i kvalitetsregister Resultat journalförs i Lifecare. Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad
Palliativa registret	Nationellt kvalitetsregister för att höja kvaliteten på den palliativa vården	Samtycke inhämtas för registrering i kvalitetsregister Inloggning med SITHS-kort	Ingen rapporterad
Lifecare mobil omsorg Lifecare utförare	Informationsöverföring samt signering planerade HSL-insatser digitalt	Loggkontroll, signering. Rutin vid driftstörning Inloggning med tvåfaktorsinloggning	Fel i uppdrag/planering förekommer
Appva	Informationsöverföring och signering planerade HSL-insatser		Ingen rapporterad Ersatts av Lifecare under året

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

En god säkerhetskultur

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

Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

All personal informeras vid anställning och därefter årligen om syftet med och skyldigheten att rapportera avvikelser, vilket enhetschef ansvarar för. Utbildningsinsatser har gjorts för all personal om vad systematiskt kvalitetsarbete innebär och hur verksamheterna ska arbeta för att identifiera, åtgärda och förebygga risker för ökad patientsäkerhet. Uppföljande utbildning hölls under hösten för enhetschefer och legitimerad personal.

Inrapporteringen av avvikelser i kommunen bedöms vara god. Avvikelser rapporteras in framförallt av vård- och omsorgspersonal som identifierar en risk eller händelse. Avvikelserna utreds i team bestående av de professioner som är relevanta och tas upp som en stående punkt på enheternas teamträffar, där legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal och enhetschef deltar. Även patient och närståendes deltagande ska beaktas i utredning. Vid identifierade/uppkomna patientsäkerhetsrisker sätts åtgärder in, dessa kan vara ur organisations-, arbetsmiljö-, personal-, eller patientperspektiv. Återkoppling av utredning och åtgärder ger utrymme för lärande och reflektion.

MAS deltar i avvikelseutredningar utifrån behov och händelse. Återkoppling har gjorts till enhetschefer och legitimerad personal utifrån avvikelshantering.

Systematiska bedömningar av risk för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion utförs, bedömningarna följs upp på enhetens teamträff vilket ger ytterligare tid för lärande och reflektion och möjligheter att identifiera förbättringsarbeten.

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.

Arbetet med säkerställande av kompetent personal i vården pågår ständigt. Medarbetarnas kompetens och erfarenhet beaktas vid schemaläggning och planering exempelvis så att ny personal ska ha möjlighet att få stöd av mer erfaren. Introduktionsutbildning schemaläggs för sommarvikarier och planeras vid nyanställningar.

Kompetensen har stärkts genom vidareutbildning. En sjuksköterska slutförde sin utbildning till distriktssköterska och en sin specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatri. Tre sjuksköterskor påbörjade utbildning till distriktssköterska. Fyra sjuksköterskor slutförde handledarutbildning via Mittuniversitetet, två fysioterapeuter och två arbetsterapeuter har fått handledarutbildning via Umeå universitet. Flera vårdbiträden har börjat studera till undersköterska, i individanpassad studietakt. Tre undersköterskor har påbörjat utbildning inom palliativ vård och demens. Decentraliserade universitetsutbildningar för utbildning till sjuksköterska och arbetsterapeut är placerade i kommunen.

Sjuksköterska finns alltid i tjänst dag- och kvällstid i kommunens fyra områden. Nattetid är kompetens förstärkt med ökad andel nätter (2/3) med sjuksköterska i aktiv tjänstgöring. Övriga pass finns sjuksköterska i beredskap mellan klockan 0-07.

Kompetenshöjande utbildningar har erbjudits både internt av kommunen samt via externa aktörer. Exempel på utbildningar för legitimerade är kompressionsbehandling, inkontinens, sömn samt samordnad individuell planering (SIP). Rehabpersonal har fått en hel dags utbildning i hur

fallolyckor kan förebyggas, samt utbildningar för syn- och hörselombud och inom hjälpmedel. En fysioterapeut och en arbetsterapeut deltog i Sydsamisk hälsokonferens, med inriktning samisk hälsa och främst psykisk ohälsa. Tre sjuksköterskor deltog i Norrländska geriatrikdagarna med tema "Att leva livet vid svår sjukdom och åldrande." All personal har erbjudits utbildning/repetition i hjärt-lungräddning.

Legitimerad personal utbildar och handleder vård- och omsorgspersonal i hälso- och sjukvårdsuppgifter utifrån behov. Utbildning i säker läkemedelshantering getts vid sju tillfällen för vård- och omsorgspersonal som är aktuella för att ta emot delegering för det. All personal gick en hel dags schemalagd utbildning i palliativ vård under hösten. En digital kompetensportal "Kommunutbildningar" har införts där en mängd relevanta utbildningar för alla personalkategorier finns.

Lokala yrkesträffar med legitimerad personal, MAS och verksamhetschef HSL har skett fyra gånger under året. Föreläsare och gäster har bjudits in och utbildat inom bland annat munhälsa, skörhetsbedömning av äldre, handledning av studenter. Yrkesträffarna har också varit tillfällen för att dela erfarenheter och kunskap samt diskutera förbättringsarbeten exempelvis teambaserade arbetssätt för strukturerade riskbedömningar, genomgång av journalföring och organisations- och samverkansfrågor.

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 §

Vården ska vara personcentrerad. Patienter ska vara/erbjudas vara delaktiga i planeringen av vården exempelvis genom SIP, planering av åtgärder, uppföljningar och målsättningar. Närstående kan bidra med värdefull information och ska erbjudas delaktighet genom att exempelvis närvara vid, läkarkontakt, SIP/vårdplaneringar och upprättande av planer,

informerar om riskbedömningar och planerade åtgärder. Närstående erbjuds även efterlevandesamtal samt närståendeenkät vid dödsfall.

Patienter tillfrågas om samtycke för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan hämta/lämna information i patientens journal i Nationella Patientöversikten (NPÖ) och Cosmic Link. Patienter kan också begära att få ta del av sin journal. Patient och/eller närstående informeras om registrering i kvalitetsregister och lämnar samtycke.

Patienter och/eller närstående till patient som drabbats av risk för vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller vårdskada/allvarlig vårdskada ska informeras och ges möjlighet att delge sin upplevelse av händelsen. Information lämnas också om möjlighet till att lämna in synpunkter och klagomål till kommunen eller Patientnämnden för att förbättra vården.

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. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll

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

Basala hygienrutiner

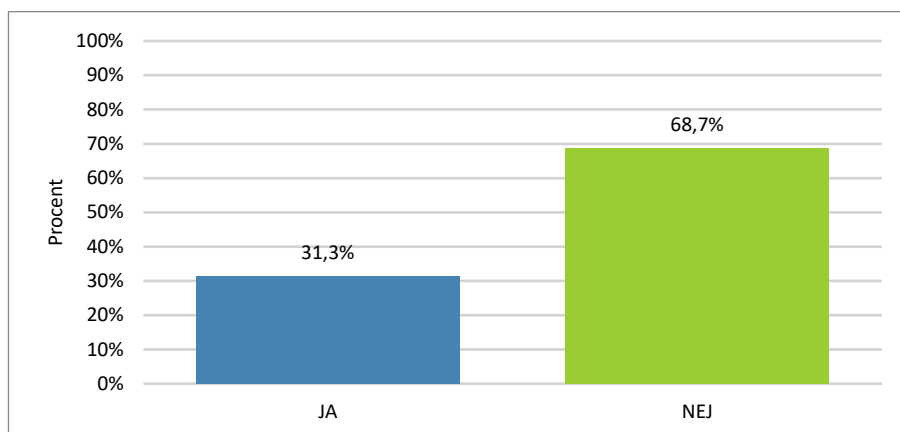
Målet är att alla medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler (BHK).

Identifiering

Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till BHK har gjorts genom observation under vecka 47-48 inom hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende. 134 observationer gjordes. Resultatet visar att 31% av personalen följer samtliga steg i basala hygienrutiner och klädregler. Följsamhet till

kläddreglerna är högst (72%) medan den lägsta följsamheten är att använda handdesinfektion före patientkontakt (51%).

Diagram: Följsamhet till samtliga nio steg PPM.



Självskattning av följsamhet till BHK har gjorts fyra gånger under året med totalt 617 besvarade enkäter inom hemtjänst, hemsjukvård, särskilt boende och stöd och service. I självskattningen anges följsamheten vara god i de flesta avseenden. Exempelvis anger 90% att handdesinfektion utförs före patientkontakt.

Analys

Följsamheten till BHK når inte målet. Årets resultat är förbättrat jämfört med 2023 då 21% korrekt följde samtliga steg. Färre observationer gjordes 2024 varav inga inom stöd och service, vilket utgjorde ca 1/3 av observationerna 2023.

Alla medarbetare genomför inte självskattningen av sin egen följsamhet till BHK vilket kan påverka resultatet. De som besvarar självskattningen svarar att de har en bättre följsamhet än vad som framkommer vid PPM.

Bristerna i följsamhet till BHK utgör en patientsäkerhetsrisk med ökad risk för smittspridning. Förekomst av vårdrelaterade infektioner har ökat vilket kan bero på den bristande följsamheten.

Åtgärder

Resultaten har återkopplats till enhetschef efter vardera mätning.

Enhetschef ansvarar för återkoppling till personal och handlingsplaner utifrån sitt resultat samt deltagande i självskattning. Digitala utbildningar

och informationsmaterial finns tillgängligt. All personal informeras om BHK vid anställning och därefter årligen. Riktad obligatorisk utbildning via Vårdhygien är planerad.

Uppföljning av åtgärd

Vidtagna åtgärder följs upp och utvärderas genom upprepade mätningar på enhetsnivå. PPM kommer under 2025 utföras vid två tillfällen.

Självskattning av BHK genomförs fortsatt fyra gånger per år. Återkoppling av resultat har getts på arbetsplatsträffar av enhetschefer. Resultatet av mätningarna har redovisats till verksamhetschefer och Socialnämnd.

Riskbedömningar

Målet är att 90% av patienter med hemsjukvård ska ha en förebyggande riskbedömning.

Identifiering

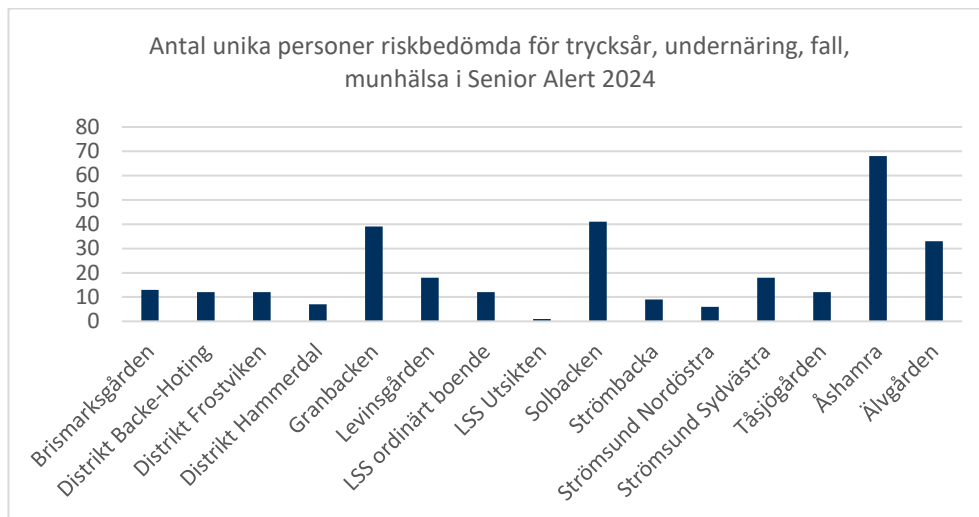
Andelen riskbedömningar av trycksår, fall, undernäring, munhälsa (TFUM) och blåsdysfunktion per enhet har följts månadsvis via kvalitetsregistret Senior Alert.

Totalt registrerades 528 riskbedömningar av TFUM i nationellt kvalitetsregister Senior Alert, på 300 unika personer. Dessutom registrerades 279 bedömningar av risk för blåsdysfunktion, på 175 unika personer.

Flest riskbedömningar görs för patienter som bor på särskilt boende, där 90% riskbedömts. Totalt sett har 78% av patienterna med hemsjukvård förebyggande riskbedömning.

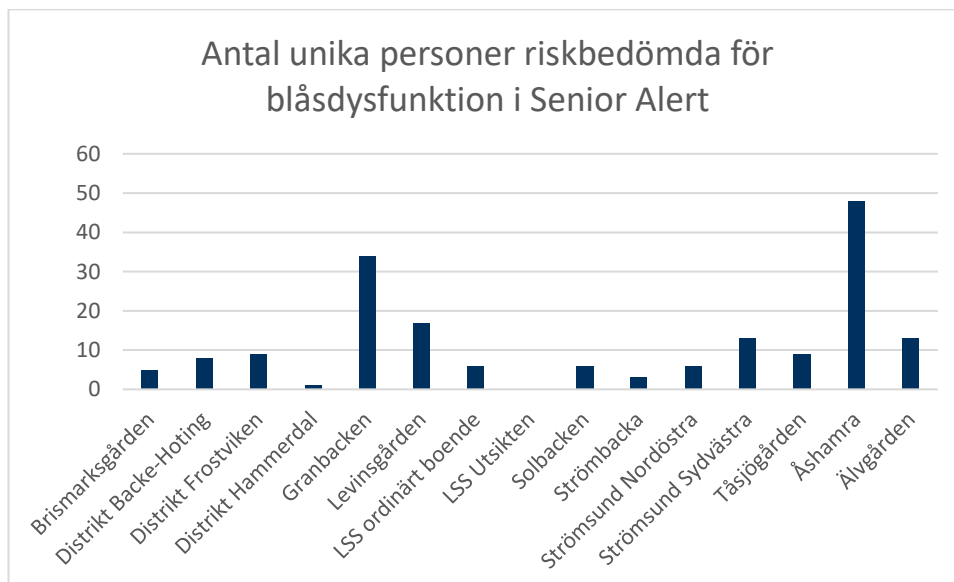
Av de utförda riskbedömningarna (TFUM) identifierades risk i 83% (439 st). I 20% av riskbedömningarna förelåg risk för trycksår, i 45% risk för undernäring, i 70% risk för fall och i 30% risk för munhälsa. Bakomliggande orsaker till risker identifierades i 83%. I 96% åtföljdes de identifierade riskerna av förebyggande/ behandlande åtgärder och 85% av åtgärderna utfördes.

Diagram: Antal unika personer riskbedömda TFUM



Av de 279 bedömningarna av risk för blåsdysfunktion visade 76% (213) på risk. I 87% identifierades bakomliggande orsaker, och i 92% åtföljdes de identifierade riskerna av förebyggande/behandlande åtgärder. 63% av åtgärderna utfördes.

Diagram: Antal unika personer riskbedömda blåsdysfunktion



Utfall 2024:

Trycksår	28 personer
BMI <22 (undernärd)	85 personer
Fall	76 personer
Munhälsa grad 2	66 personer
Förbättring blåsdysfunktion	3% av uppföljningar

Analys

Fler patientsäkerhetsrisker har identifierats jämfört med tidigare år. Målet uppnåddes inom särskilt boende, men inte totalt sett även om antalet riskbedömningar ökade med 84% jämfört med 2023. Kommunen utsågs av Senior Alert som en av årets 30 guldkommuner. För att bli en Guldkommun krävs en täckningsgrad på minst 90 procent på särskilt boende, i minst 75 procent av dessa fall ska bakomliggande orsaker ha utretts och nödvändiga åtgärder genomförts.

Andelen bedömningar med risk har minskat medan andelen utförda åtgärder har ökat, vilket kan indikera att åtgärderna haft effekt. Andelen identifierade bakomliggande orsaker och åtgärdsplaner ligger i samma nivå som 2023. Lägst antal riskbedömningar görs inom blåsdysfunktion och munhälsa, samtidigt som en hög andel har risk och andelen uppföljda åtgärder är relativt lågt, vilket är ett förbättringsområde.

Den ökade mängden riskbedömningar kan bero på utbildningsinsatser och omarbetade rutiner för systematiskt teambaserade arbetssätt för att identifiera och förebygga risker.

Fler patienter har trycksår, undernäring, fall samt ohälsa i mun jämfört med 2023. Ökningen kan bero på att fler personer är inkluderade i riskbedömningarna men indikerar att åtgärder för att minska utfallet behövs.

Åtgärder

Enhetschefer har regelbundet fått sammanställning av resultat i Senior Alert på enhetsnivå och har tillgång till registret. Legitimerad personal har fått återkoppling för enheten samt på organisationsnivå, samt har tillgång

till enhetens resultat i registret. Ansvar för att riskbedöma, identifiera orsak och sätta in åtgärder ligger hos legitimerad personal.

Genomgång av riskbedömningar är en punkt på teamträffar på vardera enhet och personal har informerats om vikten av vårdpreventivt arbete.

Kompetenshöjande utbildning om munhälsa har gjorts och fallpreventivt arbete har aktualiserats flera gånger under året.

Uppföljning av åtgärd

Vidtagna åtgärder har följt upp genom månadsvis mätning av antal riskbedömningar och aktiviteter i Senior Alert. Resultat har redovisats till Socialnämnd på helår, till verksamhetschef samt på enhetsnivå.

Återkoppling har getts till personal bland annat på arbetsplatsträffar och yrkesträff. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp åtgärder och behandlingar på individnivå.

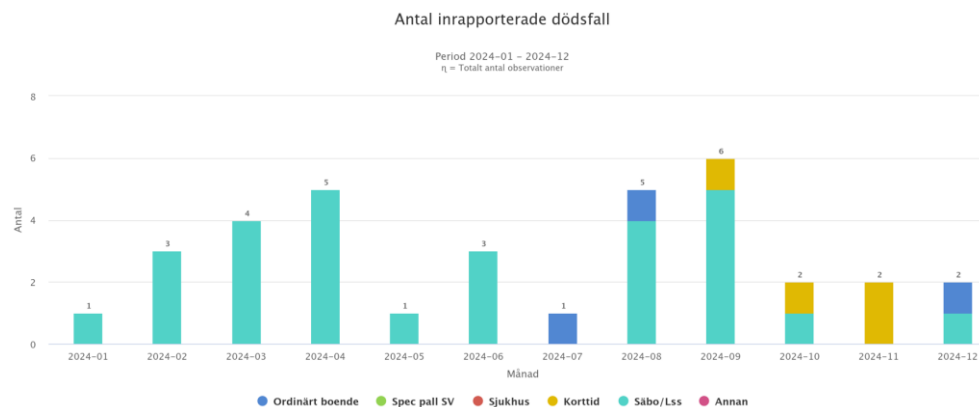
Palliativ vård

Målet är att uppnå nationella mål för respektive kvalitetsindikator samt registrera alla dödsfall och erbjuda närståendeenkät.

Identifiering

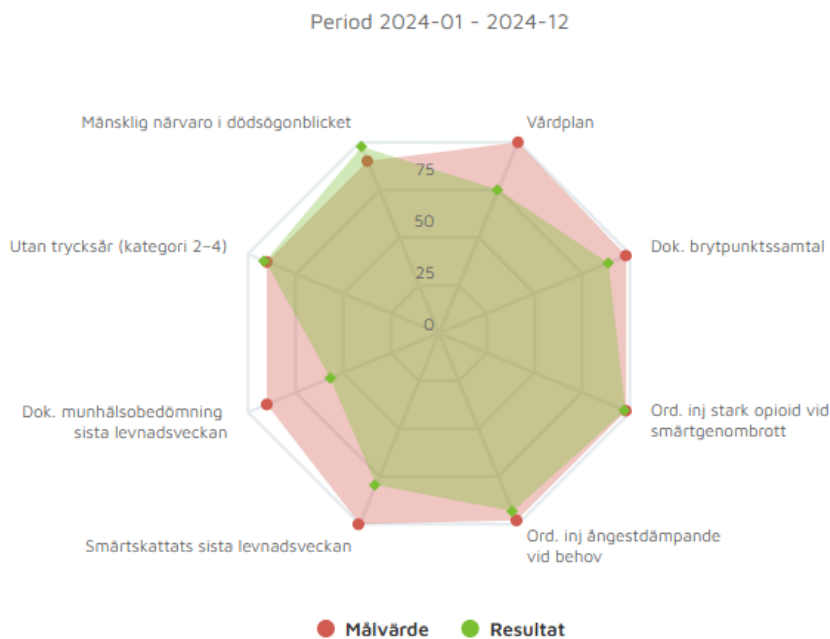
Kvalitet på palliativ vård mäts via indikatorer ur Svenska Palliativa (SVP) registret en gång per år. Under 2024 avled 86 patienter kopplade till hemsjukvård (29 i ordinärt boende/gruppboende, 57 på särskilt boende/korttidsplats). 35 patienter registrerades i SVP (3 i ordinärt boende, 32 i särskilt boende/korttidsplats). Två av de registrerade dödsfallen var oväntade. Kommunen har haft 13 patienter som vårdats i samarbete med Storsjögläntan, registreringen i SVP görs då via den specialiserade vården.

Diagram: Antal inrapporterade dödsfall i Svenska Palliativa registret



Av väntade dödsfall uppnåddes målen inom kvalitetsindikatorerna *mänsklig närvaro i dödsögonblicket* och *utan trycksår (kategori 2-4)*. Målet är nära att uppnås inom *ord. stark opioid vid smärtgenombrott* samt *ord. inj ångestdämpande vid behov*. Målen uppfylldes inte för *dokumenterad vårdplan*, *brytpunktssamtal*, *smärtskattning sista veckan*, samt *dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan*.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Två närståendeenkäter har lämnats ut under året, båda besvarades. Underlaget är för litet för att ta ut resultat.

Analys

Inte alla dödsfall registrerades i SVP och färre registreringar än 2023 gjordes totalt. En bidragande orsak kan vara att Storsjögläntan övertagit ansvar för registrering av egna patienter. Alltför få närstående har erbjudits enkät.

Kvalitén på palliativa vården vid de registrerade väntade dödsfallen förbättrades jämfört med fjolåret, även om inte målen är uppnådda för *dokumenterad vårdplan, brytpunktssamtal, samt smärtskattning sista veckan*. Gällande *dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan* uppnåddes inte mål och resultat försämrades jämfört med 2023. Kommunens kvalitetsindikatorer är i nivå med/högre än riket i samtliga parametrar utom *ord. inj. ångestdämpande vid behov* och *dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan*.

Förbättringsområden finns framförallt i dokumenterad vårdplan, munhälsobedömning och smärtskattning med validerade instrument för att systematiskt identifiera risker och förbättra vården.

Åtgärder

All personal har fått en hel dags utbildning i palliativ vård. Sjuksköterskor har utbildats i munhälsobedömning. Bedömning av och åtgärder för patienter för god vård i livets slut görs kontinuerligt av sjuksköterska i nära samarbete med läkare och vård- och omsorgspersonal. Påminnelse om registrering i registret och att lämna ut närståendeenkäter har lämnats.

Dokumentation, bland annat av genomförda munhälsobedömningar, vårdplaner, brytpunktssamtal är ett återkommande förbättringsområde och utbildningsinsatser har gjorts.

Uppföljning av åtgärd

Vidtagna åtgärder följs upp genom att följa kvalitetsindikatorer och närståendeenkät i SVP samt journalgranskning och riskbedömningar. Utförda åtgärder på individnivå följs upp kontinuerligt av ansvarig personal.

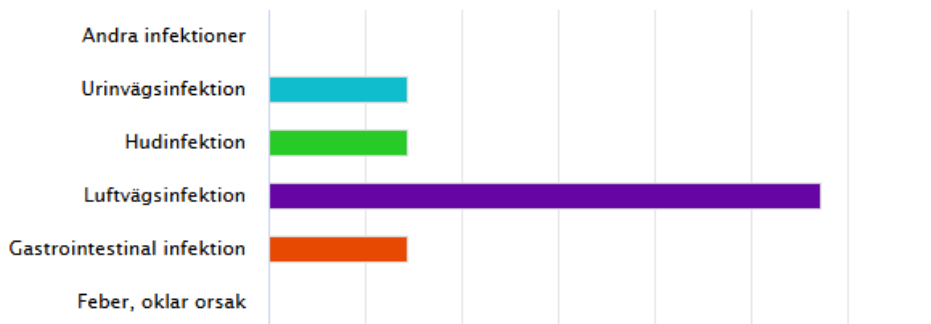
Vårdrelaterade infektioner

Målet är att antalet vårdrelaterade infektioner (VRI) ska minska och/eller ligga under rikets nivå.

Identifiering

Alla särskilda boenden deltar årligen i Svenska HALT som stöds av Folkhälsomyndigheten. HALT är ett verktyg för att samla data gällande VRI, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. Mätning gjordes vecka 46, 162 patienter registrerades. Andelen VRI förvärvade på säbo är 4%. Högst andel hade luftvägsinfektion (57%). Riskfaktorer finns, där urinkateter (7%) och andra sår (8%) är vanligast. Antibiotikaanvändning förekommer i 1%. 60% av patienterna har inkontinens.

Diagram: Antal rapporterade vårdrelaterade infektioner i Svenska HALT



Månadsvis registreras indikatorer på vårdrelaterade infektioner inom säbo och resultat redovisas fyra gånger per år till MAS. Två särskilda boenden har rapporterat registrering och vanligast är förekomst av utbrottsbenägna virusinfektioner och sårinfektion.

Analys

Andelen vårdrelaterade infektioner har ökat från fjolåret (1% 2023) och ligger över rikets nivå (1%). Den låga följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler kan ha bidragit till ökad smittspridning och medför därmed patientsäkerhetsrisker.

Risikfaktorer som kateter, trycksår och övriga sår har samtliga minskat från 2023 och ligger under rikets nivå vilket kan vara ett resultat av ökad andel förebyggande riskbedömningar med insatta åtgärder.

Antibiotikaanvändning har minskat och ligger under rikets nivå. Antal personer med inkontinens har ökat något.

Följsamheten till att regelbundet monitorera VRI på enheten är låg.

Åtgärder

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är grundläggande för att förhindra VRI och följsamheten har mätts genom självskattning och observationer. Resultaten är återkopplade till enhetschef. Digitala utbildningar och information finns tillgängligt. All personal informeras om basala hygienregler vid anställning och därefter årligen. Rutiner för isolering, skyddsutrustning vid smitta osv har reviderats.

Riskbedömningar med åtgärdsplanering och uppföljning av resultat görs teambaserat på enheterna. Sjuksköterska handleder personal i basal omvårdnad vid behov. Möjlighet finns att träna exempelvis omvårdnad på övningsdocka.

Uppföljning av åtgärder

Vidtagna åtgärder följs upp via upprepade mätningar av förekomst av vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Återkoppling har getts på arbetsplatsträffar.

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.

Risker och händelser inom hälso- och sjukvården som medfört eller kunnat medföra vårdskada/allvarlig vårdskada rapporteras enligt rutiner i

ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Anmälan enligt Lex Maria görs till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS. Sammanställning av avvikelser inom hälso-och sjukvården görs årligen och rapporteras till nämnd.

Inrapporterade avvikelser går i första hand till enhetschef som därefter har huvudansvar för utredning, åtgärd och uppföljning. Medutredare läggs till beroende på den inträffade händelsen och utredningen sker teambaserat. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning görs enligt riskmatris och slutligen klassificeras avvikelsen (ej risk för vårdskada/ej vårdskada, risk för vårdskada/risk för allvarlig vårdskada eller vårdskada/allvarlig vårdskada). MAS deltar i utredning/utför händelseanalys utifrån allvarlighetsgrad eller behov. Utredning ska inledas inom fem dagar och bör vara slutförd inom en månad. Orsak till händelsen ska identifieras, lämpliga åtgärder sätts in, följas upp och återkopplas till berörda, även patient och närstående.

Under året har 1.422 avvikelser rapporterats in inom avvikelse typerna *fall, läkemedel, medicintekniska produkter* och *HSL övriga händelser* vilket är en ökning med 316 rapporter från 2023. Från och med februari infördes digital rapportering. 1.319 av avvikelserna är rapporterade digitalt och 103 i föregående system (på papper/ i Procapita). 73% av rapporterna tas emot inom 0-3 dagar.

Av de rapporterade avvikelserna är 1.131 kopplade till en utredning av händelsen (587 kvinnor, 544 män). Utredning har även gjorts av avvikelserna på papper/i Procapita. Anledningar till att utredning av avvikelser inte inletts (33 rapporter) är att *händelsen redan är utredd, händelsen berör annat lagrum, felregistrering* eller att den *rör extern verksamhet*. Flera avvikelser som berör samma patient eller händelse kan kopplas ihop inom samma utredning, vilket innebär att antalet utredningar är färre än antalet rapporter. 47% av utredningarna är avslutade inom en månad.

Totalt 717 åtgärder för att förebygga liknande händelser är kopplade till utredningarna. De flesta åtgärderna är *rutiner och processer* (210), *åtgärder för den som får insatser* (171), *kommunikation/dokumentation* (113).

Övriga åtgärder är t ex *personalinsatser, organisation och bemanning, utbildning och handledning*. Alla utredningar avslutas inte med dokumenterad åtgärd.

En avvikelse gällande fall har bedömts som risk för allvarlig vårdskada, utretts och anmälts enligt Lex Maria. Ytterligare har 27 avvikelser bedömts som vårdskada och 451 som risk för vårdskada, övervägande inom områdena fall och läkemedel.

De största identifierade riskområdena är läkemedelshantering (481 avvikelser) och fall (794 avvikelser).

Antalet avvikelser som rör läkemedel har ökat med 35 från föregående år. 461 utredningar har gjorts (240 kvinnor, 221 män). *Utebliven dos* samt *förskjuten dos* den vanligast förekommande uppgivna avvikelserna. I de allra flesta fallen uppges att *ingen känd/bedömbare påverkan* på patienten. 16 patienter har drabbats av smärta, rädsla/oro. Orsaken till avvikelserna är övervägande *bristande kommunikation/ansvarsfördelning* och *ej följt gällande rutin/glömska* vilket är liknande som föregående år. Ständiga förbättringar för att förhindra felaktigheter i läkemedelshantering görs, bland annat genom införande av digital signering på fler enheter, digitala läkemedelsskåp, läkemedelsautomater, kunskapsprov och utbildning på individnivå.

Det totala antalet fall har ökat med 188 jämfört med 2023. 586 utredningar har gjorts (289 kvinnor, 297 män). 71% är patienter 80 år eller äldre och den största andelen fall skedde inomhus mellan klockan 13-17. Inom vissa enheter står ett fåtal personer för många fall trots insatta fallförebyggande åtgärder. I majoriteten av fallen drabbas inte personen av skada. Antalet personer som har skadats har ökat, exempelvis har 8 fler fått frakturer och 34 fler fått mjukdelsskada. Vårdpreventivt arbete i team och särskilt fallrisker och förebyggande insatser har varit i fokus under året och ytterligare insatser behövs.

Konsekvens av fall:

Fraktur	16
Smärta	33
Ingen känd skada	451
Mjukdelsskada	114
Rädsla/oro	11
Ej bedömbart	16

Övriga händelser innefattar totalt 111 avvikelser, de handlade framförallt om dokumentation, utebliven/felaktigt utförd HSL-insats, samverkan/informationsöverföring. Det rapporterades 16 avvikelser rörande medicinsktekniska produkter, framförallt hjälpmedel.

Övergången till ett nytt verksamhetssystem för avvikelshantering har inneburit utmaningar genom nya arbetssätt och kunskaper för att arbeta systematiskt med att identifiera, åtgärda och förebygga vårdskador.

Rapportering av avvikelser kan ha påverkats av övergång från papper till digital. Den initiala svårigheten att forma arbetssätt vid mottagande, utredning, bedömning osv på kan ha påverkat klassificering, åtgärder och utredningstider. Dock ses övergången positivt som en förstärkt metod för att i tid identifiera och systematiskt förebygga vårdskador och medvetenheten om avvikelser i verksamheterna har ökat. Under året har avvikelshantering förbättrats.

Enhetschefer och legitimerad personal delges årligen statistik om avvikelserna som rapporterats och har egen tillgång till statistik i verksamhetssystemet.

Avvikelser till/från vårdgivare utanför kommunens verksamheter hanteras och återkopplas av MAS. Under året har fem avvikelser gällande brister i kommunikation/dokumentation inkommit till kommunen från annan vårdgivare. Från kommunen har fem avvikelser skickats, framförallt gällande händelser i samband med vårdens övergångar.

Se bilaga 1 för diagram över kommunens avvikelser.

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.

Ändamålsenliga processer och rutiner, dokumentationssystem och utrustning bidrar till patientsäkerheten. Under året påbörjades en större översyn av ledningssystemet med revidering av rutiner och riktlinjer i samband med övergång till nytt intranät som kan förenkla tillgången till information och styrande dokument. Genom egenkontroller och journalgranskning följs efterlevnad till ledningssystemet.

Journalgranskning görs av MAS fyra gånger per år, ca 10 journaler granskas vid varje tillfälle. Ytterligare riktad granskning görs utifrån behov. Faktorer som granskas är bland annat uppgifter av vikt i uppmärksamhetssymbolen, att samtycke efterfrågats, dokumenterad fast vårdkontakt, upprättad hälsoplan med uppföljningar, uppmärksammade risker/avvikelser. Dokumentation bedöms överlag som tillräcklig även om det finns brister och förbättringsområden, exempelvis vad gäller hälsoplan och med kopplade utrednings- och behandlingsplaner. Kontroll sker även i Cosmic Link av utskrivningsbesked i samband med att patienter skrivs ut från slutenvård, där brister identifieras genom att få/inga planer skrivs.

Patientsäkerhetsrisker finns i samband med informationsöverföring mellan personal, exempelvis på grund av brister i dokumentation. Journalföring är ett ständigt pågående utvecklingsarbete, utbildningsinsatser har gjorts och vidare insatser behövs. Under året har MAS och en primärvårdsläkare utbildats av Socialstyrelsen i markörbaserad journalgranskning vilket förväntas förbättra upptäckten av vårdskador.

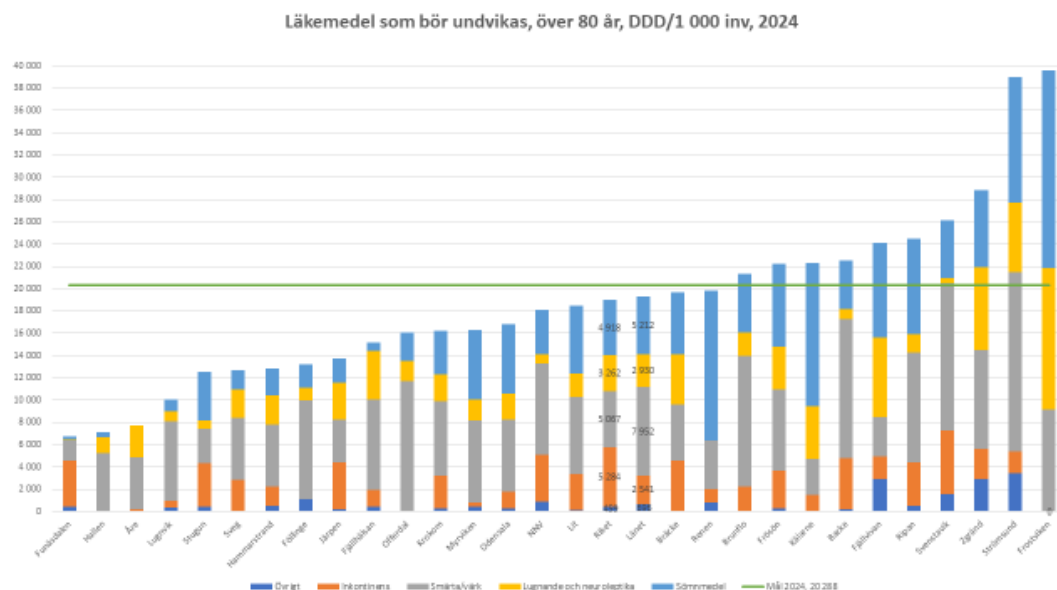
Säker läkemedelshantering kontrolleras genom läkemedelsöversyn av MAS. Brister har upptäckts vad gäller kontrollräkning av narkotika och utgångsdatum, återkoppling har skett till enhetschef och rutiner skärpts.

Även dokumentation har saknats över vem som ansvarar för att förestå läkemedelsförråd. Extern granskning har planerats inför 2025.

Risker med läkemedelsbehandling identifieras genom läkemedelsgenomgång. Detta sker i samverkan med läkare enligt föreskrift och ska erbjudas till de som är 75 år och äldre samt är ordinerade minst fem läkemedel vid påbörjad hemsjukvård eller inflyttning på särskilt boende, och därefter en gång per år. Under året registrerades enkel läkemedelsgenomgång på 78 patienter och fördjupad läkemedelsgenomgång på 26 patienter. Personer i särskilt boende skall dessutom ha ett årligt läkarbesök. Fler läkemedelsgenomgångar behöver genomföras för att upptäcka risker systematiskt.

Enligt Region Jämtland Härjedalens uppföljningar har Strömsunds kommun högre förekomst av olämpliga läkemedel bland personer över 80 år och som bor i ordinärt boende än övriga länet.

Diagram: Förekomst av olämpliga läkemedel till personer över 80 år



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

Flexibilitet och omprioritering av arbetsuppgifter görs kontinuerligt i verksamheterna utifrån behov vilket minskar risk för vårdskador genom att rätt insats görs för rätt person i rätt tid. Fastställd prioriteringsordning finns.

Kontinuitet bland sjuksköterskor och arbetsterapeuter har under året varit relativt god, medan fysioterapeut har varit svårt att rekrytera i tillräcklig omfattning och bemanningsföretag har anlåtats. Uppdragen har varit över längre tid vilket bidrar till bättre kontinuitet. Bemanningssköterska har använts för sommarperioden. Timanställda sjuksköterskor har anlåtats i perioder under året. Vid nyanställning planeras inskolning, men behov finns av tydligare struktur och stöd. Utbildningar genomförs för att stärka kompetens, exempelvis inom identifierade områden där avvikelser rapporterats in eller behov identifierade genom egenkontroller. Digital teknik är infört både som en del i patientsäkerhet och för att använda resurser effektivt, exempelvis genom utökat användande av läkemedelsautomater i hemmen. Kommunrehab har tagit del av tillgänglig välfärdsteknik i Östersunds kommuns visningslägenhet.

Det förekommer att vissa läkemedel, nutritionsprodukter och sjukvårdsmaterial t ex för sårvård inte finns att tillgå i den omfattning som krävs vilket är ett nationellt problem. Ingen vårdskada har rapporterats in på grund av utebliven leverans. Verksamheterna är förberedda genom att i viss mån lagerhålla läkemedel och material som vanligen förbrukas.

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.

Under året har arbetet med att implementera och utvärdera effekten av de åtgärder som satts in för att motverka de brister som framkommit i Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning av den medicinska vården på särskilda boenden färdigställts och återkopplats. Åtgärder och handlingsplaner bedömdes tillräckliga. Även den Lex Maria som anmälts bedömdes av IVO ha tillräckliga åtgärder, vilka sedan har varit en del i arbetet med systematiska riskbedömningar och teamarbete, även runt avvikelshantering.

Avvikelser

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

Alla medarbetare har informerats om syftet med avvikelserapportering och skyldigheter i samband med anställning och därefter årligen. Rutiner och skriftlig information är reviderad för att tydliggöra arbetet med patientsäkerhetsrisker. Kunskapen om vikten av att identifiera risker och att rapportera avvikelser bedöms överlag vara bra men det finns behov av mer utbildning för att skapa god säkerhetskultur på alla nivåer i alla verksamheter.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla avvikelser till berörda och att använda sig av dem som underlag till förbättringsarbeten på enhetsnivå men även föra vidare i organisationen för att komma tillrätta med systemfel eller annat som identifierats som risk.

Klagomål och synpunkter

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

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till förvaltningen på olika sätt, t. ex via brev, mejl, telefon, direkt till förvaltningen, till verksamheten och olika yrkesutövare. Under året har inget ärende gällande kommunens

hälso- och sjukvård inkommit till Patientnämnden. Två klagomål gällande hemsjukvård har hanterats.

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.

Risk- och sårbarhetsanalyser har tagits fram under året för att kunna göra kontinuitetsplanering gällande den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att kunna säkerställa god vård även vid krissituationer. Samordning av ett gemensamt beredskapslager för sjukvårdsmaterial, läkemedel och skyddsmaterial är under framtagande i samverkan med länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen. Detta för att öka robustheten i den samhällsviktig verksamhet.

Allt mer avancerad sjukvård flyttas ut till hemmet, vilket innebär att kommunens personal behöver arbeta på toppen av sin kompetens för att klara av att vårda allt mer sjuka personer i hemmet. Samarbete med specialiserade vården finns i förekommande fall med exempelvis möjlighet att ta kontakt för riktad utbildning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Behovet är fortsatt att utveckla och förbättra det systematiska kvalitetsarbetet för att upptäcka och förebygga fler risker för vårdskador/vårdskador. Att identifiera orsaker till felhändelser som rör läkemedelshantering och minska antalet fall är angeläget för att minska patientsäkerhetsrisker. Utbildning och exempelvis introduktionsprogram via Kommunutbildningar planeras.

Det vårdpreventiva arbetssättet med riskbedömningar av alla personer med hemsjukvård ska fortsätta och utvecklas. Identifierade förbättringsområden

är nutrition/risk för undernäring och blåsdysfunktion. Även munhälsobedömningar är prioriterat. Patient och närståendes delaktighet i vården behöver stärkas, exempelvis genom samordnad individuell planering.

Tillsammans med övriga aktörer i samverkansarena för God och säker vård planeras modellen "Trygg och säker hemma" implementeras i kommunen. Under året väntas även ett nytt samverkansavtal gällande hemsjukvård med Region Jämtland Härjedalen tas i bruk. Samverkan behövs för att alla ska erbjudas läkemedelsgenomgång enligt föreskrift.

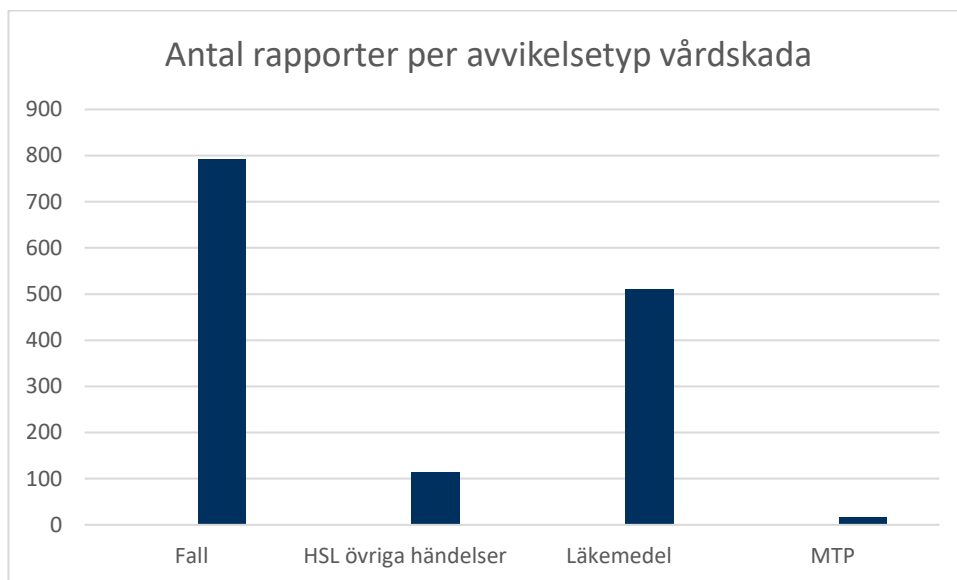
Egenkontroller i form av följsamhet till basala hygienregler, vårdrelaterade infektioner, kvalitetsindikatorer för palliativ vård och riskbedömningar planeras under året och ska följas via måltavlor. Målet är att förbättra vården och minska antalet risker.

Dokumentation i journal kommer fortsatt granskas och utökas genom markörbaserad journalgranskning i team. Arbetet för säkra system och informationsöverföring är pågående och behöver utvecklas.

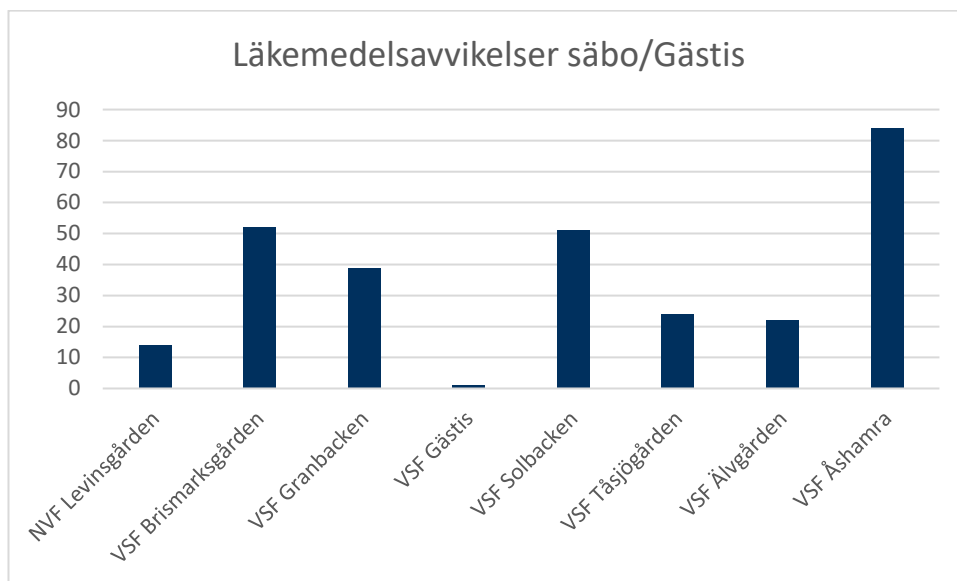
En del i förbättringsåtgärder är planerad uppstart av strukturerat teamarbete för arbete med identifierade områden där behov finns, exempelvis dokumentation, palliativ vård, sårvård, nutrition och kognitiv svikt.

Fortsatt arbete för att tillgodose behovet av kompetent personal genom utbildning och rekrytering samt vidare kontinuitetsplanering för att möta framtida behov med bibehållen patientsäkerhet.

Bilaga 1



Läkemedel



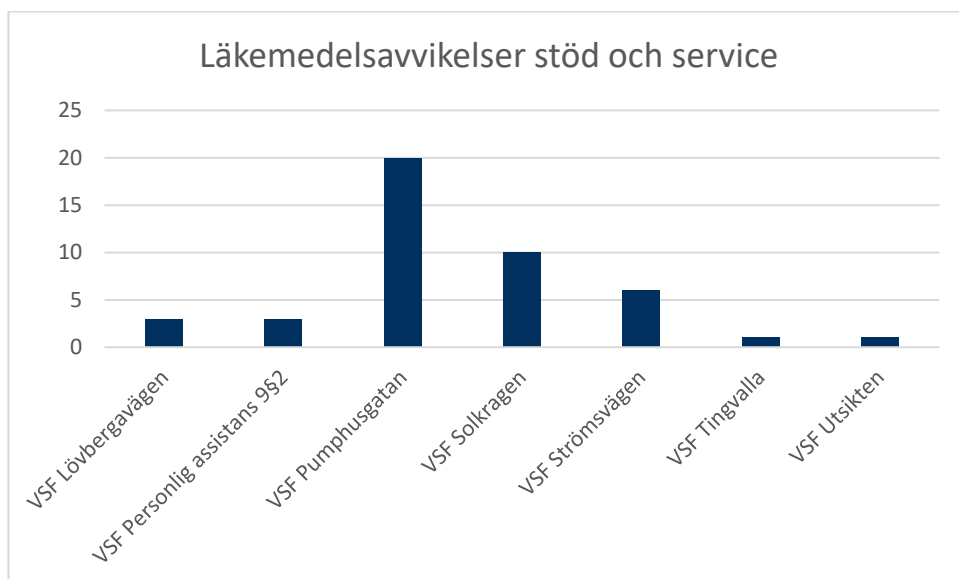
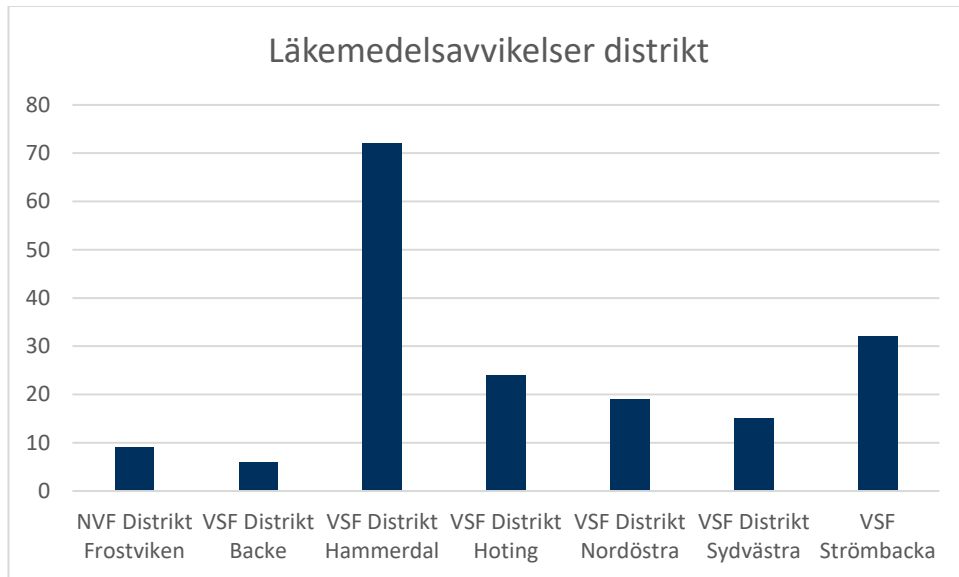


Antagen: Välj vem som beslutat i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

Reviderad: Välj ansvarig i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

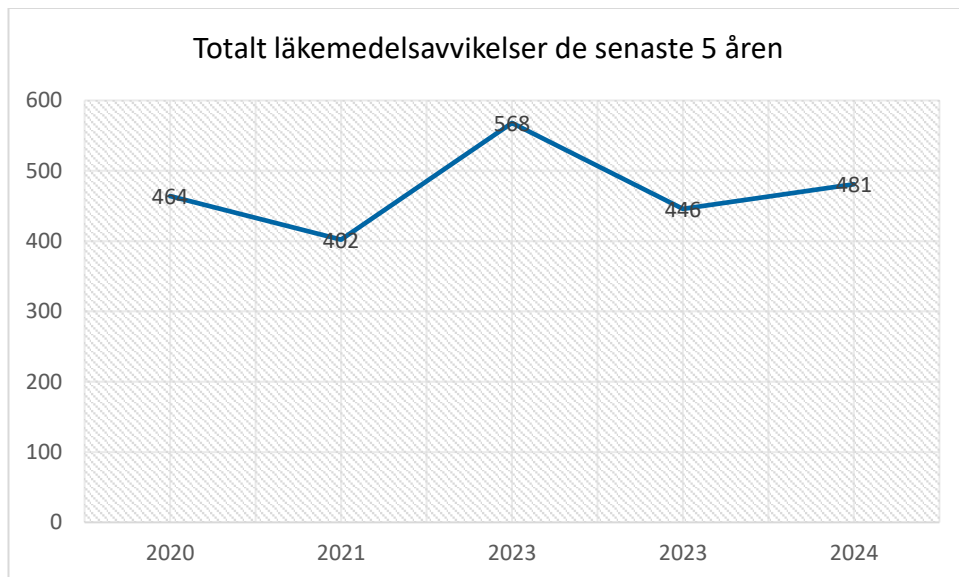


Antagen: Välj vem som beslutat i lista

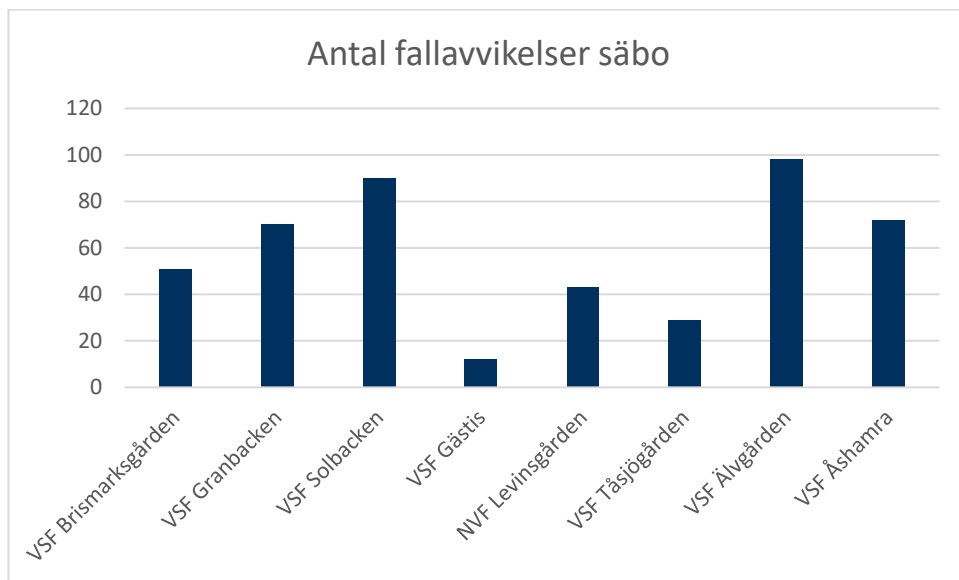
Välj datum i kalender, § paragraf

Reviderad: Välj ansvarig i lista

Välj datum i kalender, § paragraf



Fall



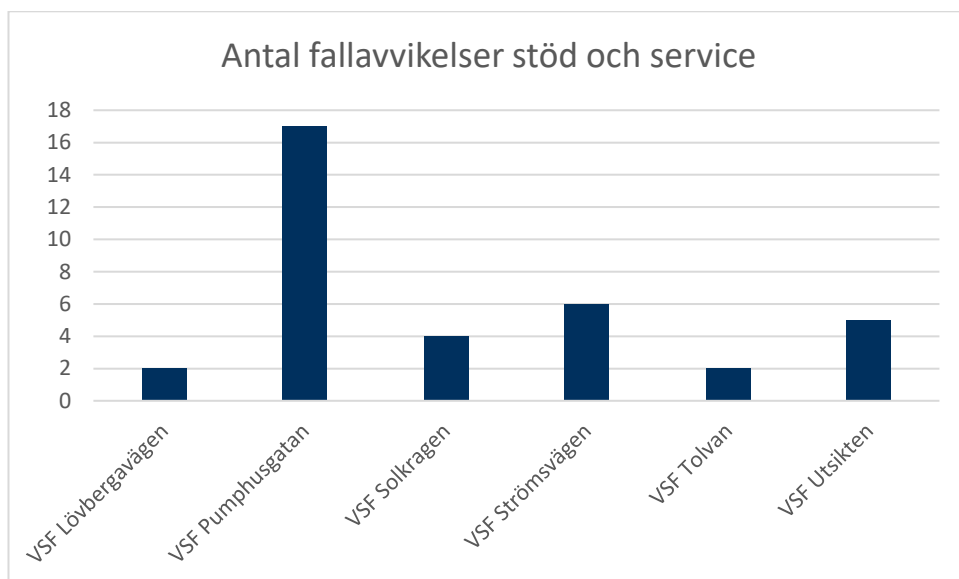
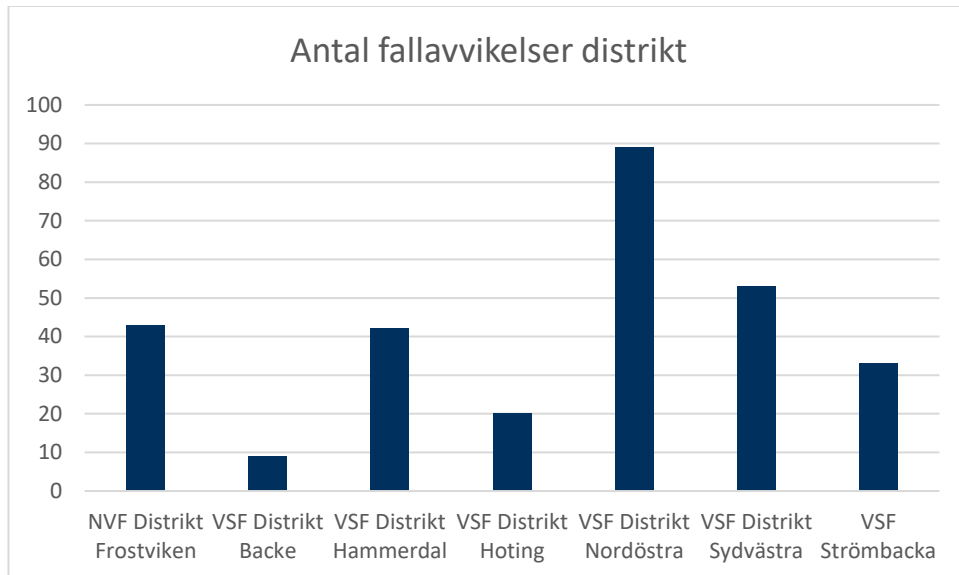


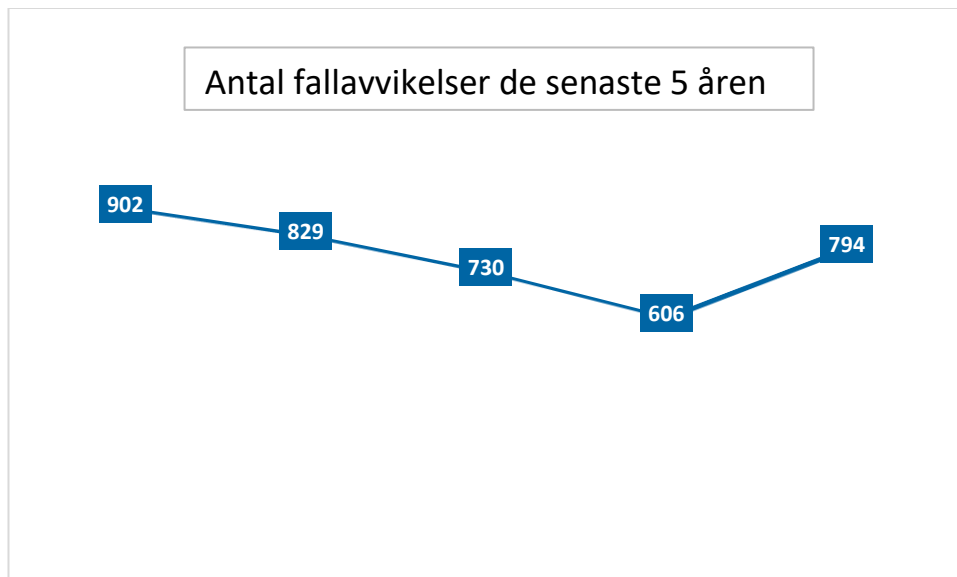
Antagen: Välj vem som beslutat i lista

Välj datum i kalender, § paragraf

Reviderad: Välj ansvarig i lista

Välj datum i kalender, § paragraf





Övriga händelser och medicintekniska produkter

