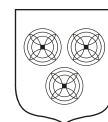


Patientsäkerhetsberättelse

2023



**ORSA
KOMMUN**

Innehåll

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
Agera för säker vård	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	13
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelser	14
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16



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.

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.



Dokumentet gäller från: 29 januari 2024

Dokumentet gäller för: kommunstyrelsen

För revidering ansvarar: Britta Schaar

Datum för revidering: -

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare. I PSL står det att vårdgivaren har ett ansvar att bedriva ett kvalitetsarbete som är systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Där ska det framgå hur patientsäkerheten har utövats under föregående kalenderår, vilka åtgärder som genomförts för att öka säkerheten och vilka resultat som har uppnåtts och även vilka utvecklingsområden som identifierats. Orsa kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för patienter som bor i särskilt boende och boende för patienter med funktionsvariationer samt patienter i ordinärt boende där behov av hemsjukvård har bedömts. Kommunen ansvarar också för hembesök till personer över 18 år där behov av hembesök föreligger.

Året 2023 har inneburit stora utmaningar då vi har haft fullbelagt på vår korttidsavdelning, som en följd av att vi inte haft tillräckligt antal platser att erbjuda på våra särskilda boenden. Denna situation står i relation till den demografiska utvecklingen som har varit prognostiserad sedan en tid tillbaka. Detta ansträngda läge har inneburit en stor arbetsbelastning för samtliga medarbetare i Omsorgens verksamheter.

Under året har det skett en fortsatt implementering både av redan införda, och nya arbetsätt och system. I vårt arbete med avvikelser har vi på ledningsnivå arbetat multiprofessionellt och systematiskt för att höja kvaliteten på utredning och analys samt åtgärder. Samverkan mellan Regionen och kommunen har skett i flera olika forum med ett fokus på "Nära vård". På ledningsnivå har vi haft regelbundna möten där representanter från kommunen, vårdcentralen och delar av specialistvården deltagit.

Den legitimerade personalen har arbetat med att höja kvaliteten i journalföringen, exempelvis med förbättrade hälsoplaner. Man har på denna nivå haft regelbundna möten med läkare för att förbättra arbetssätt och samarbete. Vi har även fortsatt arbetet med införande av välfärdsteknik i form av Evondos, läkemedelsskåp med påminnelsefunktion.

Omvårdnadspersonalen på de olika enheterna har fått kompetenshöjning inom exempelvis hygien, munvård, demensvård, palliativvård, hjärt- och lungräddning och brandutbildning. Vi har även genomfört en undersköterskeutbildning med tio deltagare. Omvårdnadspersonalen

på boendena har även fått ett nytt verktyg i sin journalföring för att lättare kunna planera och kvalitetssäkra de insatser som utförs.

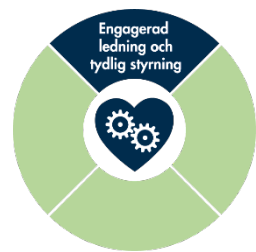
Grundläggande förutsättningar för säker vård

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 §§

Orsa kommun har som mål att bedriva hög patientsäkerhet där person kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador och tillbud.

- Att det finns tydliga processer och rutiner med syfte att minska vårdskador och att medarbetare ges förutsättningar för att kunna utföra arbetet så att god och säker vård kan bedrivas.
- Målet är att varje patient ska känna trygghet i kontakten med den kommunala hälso- och sjukvården. Det förutsätter att personalen ger vård med rätt förutsättningar och kan utföra det förväntade arbetet på sådant sätt att patienten känner trygghet och säkerhet samt att personalen har den kunskap de behöver för att arbeta patientsäkert.
- Tydliga processer och rutiner gör att vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller HSL:s krav på en "god vård". Den ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Kommunstyrelsen ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef

Inom hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och representerar vårdgivaren, enligt 4 kap. 2 § HSL. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) fastställer former för fortlöpande samråd i frågor som gäller verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefens ledningsansvar är begränsat av de uppgifter som MAS ansvarar för. Verksamhetschef/enhetschef och MAS samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Enligt 11 kap. 4 § HSL ska det inom kommunen finnas en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar. Ansvaret beskrivs i hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap 6 §, MAS ansvarar för:

- Att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när personens tillstånd fordrar det.
- Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- Att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en person i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Ansvaret innefattar även: Det som beskrivs i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

- Att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Att personen får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- Att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.

MAS och i förekommande fall MAR (uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har delats mellan Orsa, Älvdalen och Mora fram till 1 oktober i år) samverkar med verksamhetschef/enhetschef för hälso- och sjukvården kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten. MAS ansvarar för att egenkontroller genomförs i verksamheten.

MAS uppdrag gäller även:

- Att tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.
- Att bevaka och följa upp så att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna.
- Att socialtjänsten har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.
- Att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och att på delegation från kommunstyrelsen göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.
- Att delta i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Enhetschef hälso- och sjukvård, äldreomsorg och omsorgen om patienter med funktionsvariation

Enhetschef har ett helhetsansvar för att vården och omsorgen är av god kvalitet. Det innebär bland annat att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter.

- Enhetschefen ansvarar för att personal inom det egna verksamhetsområdet informeras om och känner till vad som står i gällande riktlinjer och rutiner.
- I enhetschefens ansvar ingår även att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att tillhandahålla en god vård.
- Enhetschef ansvarar för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet.
- Enhetschefen leder och utvecklar sin enhet och ser till att gällande riktlinjer och rutiner är kända och följs av medarbetaren.

MAS och verksamhetschef/enhetschef för hälso- och sjukvården samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering/styrning av verksamheten. De har också ansvar för att hantera risker för patientsäkerheten och att arbeta förebyggande.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De har i och med det också en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Omvårdnadspersonal

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser/risk för avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst. Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett gemensamt arbete som alla anställda berörs av inom socialtjänsten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Hälso- och sjukvårdsenheten arbetar kontinuerligt med samverkan. I denna samverkan med regionen ingår Orsa vårdcentral, slutenvården samt tandvården. Hur det har bedrivits föregående år beskrivs i sammanställningarna nedan. Allt arbete bedrivs utifrån att kvalitetssäkra verksamheten och förebygga vårdskador.

I länet finns samverkansavtal och överenskommelser mellan kommunerna och Region Dalarna. Det finns även forum för samverkan på olika nivåer, exempelvis för socialchefer, verksamhetschefer HSL, MAS, demenssköterskor och arbetsgrupp för SUS (säker utskrivning från slutenvården).

Avtal för läkarmedverkan

Ett sådant avtal finns mellan Orsa kommun och Orsa vårdcentral och är reviderat under året.

Orsa vårdcentral

Samverkan sker på ledningsnivå 2ggr/termin samt avstämningsmöten med sjuksköterska från vårdcentralen varannan vecka. Samverkan sker även verksamhetsnära med "Nära vård" i fokus.

Uppsökande tandvård

Uppsökande tandvård erbjuds via Folktandvården Region Dalarna i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos patienter med varaktig och omfattande vård- och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Folktandvården handleder kommunens vård- och omsorgspersonal och det finns möjlighet att genomföra utbildning i munhälsa.

Vårdhygien

Kommunen har tillgång till vårdhygienisk expertis. Gemensamma avtal för samverkan mellan kommunen och Regionen finns upprättade. Kommunen använder sig av de rutiner som Region Dalarnas smittskydd och vårdhygien tillhandahåller och tar del av utbildningar som de genomför för omvårdnadspersonal, legitimerad personal och chefer. Smittskydds enheten hos Regionen informerar oss löpande om aktuellt läge kring smittspridning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller gentemot legitimerad personal görs en gång per månad. Journalgranskning görs en gång per år. IT-enheten uppgraderar säkerhetssystem samt teknisk utrustning som exempelvis datorer och telefoner regelbundet. All personal har tagit del av kurser i informationssäkerhet som sker digitalt via mail minst en gång per månad.

En god säkerhetskultur

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

Varje morgon har hälso- och sjukvårdsenheten ett s.k. resurs- och samordningsmöte. Där går vi igenom aktuella händelser och fördelar resurser efter patienternas behov. En gång i veckan har hälso- och sjukvårdsenheten en längre och mer fördjupad teamkonferens där även



sjukgymnast, arbetsterapeut och rehab-assistent ingår. Vid denna delges en lägesbild från respektive område (hemsjukvård, särskilda boenden och gruppboendestäder) och det förs dialog kring vård och behandling av enskilda patienter. Den är även en viktig del av en säker informationsöverföring områdena emellan. Här skapas även tid för reflektion kring frågor gällande patientsäkerhet. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, därför har vi genomfört en stor förbättring i arbetsmiljön för de sjuksköterskor som arbetar på Orsagården.

Det genomförs även regelbundna teamträffar på respektive enhet där legitimerad personal, omvårdnadspersonal och enhetschefer deltar. Där har man fokus på enskilda patienter och hur behov av hälso- och sjukvård bäst kan tillgodoses.

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.



Omsorgen i Orsa kommun arbetar utifrån en generell kompetensutvecklingsplan där all omvårdnadspersonal löpande får genomgå olika utbildningar. Under 2023 har det genomförts utbildningar i bland annat nutrition och dysfagi, ergonomi och förflyttningsteknik och palliativvård. Sjuksköterskor har deltagit i sårvårdskonferens vid demensdagarna samt även andra kortare distansutbildningar.

Under året har en av de redan anställda sjuksköterskorna slutfört sin specialistutbildning till demenssjuksköterska på Högskolan Dalarna. Därutöver har en annan sjuksköterska påbörjat specialistutbildning till distriktssköterska vid Karolinska Institutet under året.

Ytterligare undersköterskeutbildning är i stort sett genomförd under året, där tio medarbetare deltagit. När denna insats är avslutad så är ca 50 tidigare utbildade omvårdspersonal numera undersköterskor.

Fyra av enhetscheferna har under året studerat på en utbildning som berör områden som organisationsteorier, omsorgens styrsystem, systematiskt kvalitetsarbete, utveckling, implementering och lärande inom omsorgens verksamheter vid Högskolan Dalarna.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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.



Patienter och närstående deltar vid samordnad individuell planering (SIP) av insatser från hälso- och sjukvård. Detta görs både vid utskrivning från slutenvården och vid övergång till en annan boendeform, eller om det annars uppstår behov av en SIP.

All omvårdnad och hälso- och sjukvård utförs i samråd med patienten och utifrån dennes önskemål i så hög utsträckning som möjligt.

Vi arbetar med ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt som innebär att insatser ska vara stödjande och bibehålla individens förmågor. Som personal ska man stödja individen att vara delaktig i sin vardag samt hjälpa individen att få en hanterbar och meningsfull tillvaro. Vi har identifierat ett behov att utveckla arbetet med individens möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

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.

Dokumentation

Under året har vi arbetat mycket med en ökad kvalitet i journalföring, både inom hälso- och sjukvårdsområdet och den sociala dokumentationen. Vi har haft fokus på väl strukturerade hälsoplaner för att tydliggöra de åtgärder som är relevanta i förhållande till en god och kvalitativ hälso- och sjukvård. För att möjliggöra det extra fokuset på hälsoplaner har det avsatts administrativ tid för legitimerad personal.

Detta arbete följs upp med egenkontroll i form av journalgranskning en gång per år.

Läkemedelshantering

Vi har en väl inarbetad metod vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal till omvårdnadspersonalen. Vi justerar löpande utbildningsmaterial och tester som genomförs vid såväl ny- som omdelegering. Detta görs utifrån avvikelser och

identifierade problemområden. Medverkan i delegeringsförfarandet sker även på regional nivå och med Högskolan Dalarna.

Vi ser stora fördelar med Alfa e-Care SignIt, vår digitala signeringslista som ger en säker, användarvänlig läkemedelshantering. Den har en direkt koppling till aktuell läkemedelslista, en loggning av samtliga överlämningar samt en behörighetsfunktion som möjliggör att det bara är delegerad omvårdnadspersonal som kommer åt information.

Det har bedrivits ett konsekvent arbete med ett nytt arbetssätt gällande läkemedelsgenomgångar och under året har samtliga patienter på särskilda boenden och gruppboendestäder fått en strukturerad läkemedelsgenomgång.

Hygien

I samband med anställning får all personal utbildning i basal hygien och klädregler, vilket är viktigt för att få rätt förutsättningar för att utföra vård med god hygienisk standard.

Egenkontroll för följsamhet till basal hygien och klädregler görs genom en enkätundersökning som skickas till alla anställda en gång/år. Respektive enhet återkopplar resultatet i samband med APT och kommer gemensamt fram till relevanta åtgärder.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 §, 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.



Säker vård

När en negativ händelse inträffar skrivs en avvikelserapport. Denna utreds för att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vad som orsakat händelsen. Underlaget ska ligga till grund för planering och åtgärder i syfte att hindra att liknande händelser ska inträffa igen. Regelbundna träffar med enhetschefer och legitimerad personal sker där avvikelser tas upp och bedöms. Teamet består av enhetschef, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Avvikelserna hanteras för bedömning och orsaken till händelsen diskuteras, därefter planeras åtgärder in. I de ärendena genomförs riskanalyser och handlingsplaner upprättas. I de fall avvikelsen bedöms som mycket allvarlig ska detta anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS. Ingen sådan anmälan är gjord under året.

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Det område som identifierats som det viktigaste är informationsöverföring. Det gäller inom hälso- och sjukvårdsenheten, gentemot andra yrkesgrupper inom organisationen samt externt gentemot regionens verksamheter och andra aktörer. Vi bedriver ett kontinuerligt arbete för att skapa bra förutsättningar för en säker informationsöverföring genom utbildning i verksamhetssystem och samverkan med externa aktörer. Det som saknas är ett system som kan stödja kommunikation mellan regionen och kommunen där känslig information kan överföras på ett säkert sätt. Cosmic link är ett sådant system som regionen kommer att införa under året 2024 där både regionen och kommunen kan producera information som den andra parten kan se.

Kommunens journalsystem LifeCare utgår ifrån Nationell informationsstruktur (NI) och följer stegen: Vårdbegäran- Bedöma behov av utredning- Utreda- Bedöma behov av åtgärd- Åtgärda- Följa upp. Detta säkerställer att legitimerad personal följer omvårdnadsprocessen.

Journalsystemet LifeCare möjliggör även informationsöverföring mellan legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer.

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.



Är vården säker idag

På grund av det stadigt ökande antalet individer som är i behov av alltmer kvalificerad hälso- och sjukvård kan man se en risk för att det kan uppstå brister i kvalitet och utförande av vården.

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.

För att identifiera risker på individnivå görs riskbedömningar enligt standardiserade bedömningsinstrument. Dessa risker utgör grund för förebyggande åtgärder.

Avvikelsesystemet utgör även det ett verktyg för en mer genomgående riskanalys både på individ- och enhetsnivå.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Under året har Omsorgen arbetat mycket med att förbättra utredningsförfarandet gällande avvikelser.

Avvikelser

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

Det system som används för att rapportera avvikelser är väl känt hos all personal och följsamheten för att skriva avvikelser bedöms som god.

Enhetscheferna ansvarar för utredningen och gör riskanalysen tillsammans med legitimerad personal. Enhetscheferna har haft regelbundna träffar där man tillsammans identifierar problemområden och hjälps åt att driva utvecklingen framåt i avvikelsearbetet.

	År 2021			År 2022			År 2023		
	Fall utan skada	Fall-skada	Läke-medel	Fall utan skada	Fall-skada	Läke-medel	Fall utan skada	Fall-skada	Läke-medel
Hemtjänst	68	28	66	83	19	41	86	23	28
LSS boende vuxna	0	0	6	5	0	5	0	2	3
Lillåhem	61	11	28	67	14	20	55	26	19
Orsagården	43	24	22	44	12	29	40	18	45
Summa/rapporttyp:	172	63	122	199	45	95	181	69	95
Totalt/år:	357			339			345		

Tabellen ovan visar statistik på de viktigaste avvikelserna relaterat till vårdskada. Den mest förekommande avvikelseypen är fall, både med och utan fallskada. Siffrorna på rapporterade avvikelser är relativt konstanta de senaste tre åren, detta trots ett intensivt arbete kring utredning och åtgärder av avvikelserna. De små skillnader som finns kring antal fall kan vara kopplade till att vi haft ett varierat antal vårdtagare i våra verksamheter.

Det vi däremot kan se är en signifikant minskning av antal rapporterade läkemedelsavvikelser från år 2021 till år 2023. Det härrör vi till de omfattande utbildningsinsatser vi gör i samband med läkemedelsdelgering samt andra kompetenshöjande åtgärder.

Klagomål och synpunkter

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

Inom Omsorgen i Orsa vill vi ta tillvara klagomål och synpunkter på vår verksamhet. Att systematiskt ta tillvara information i klagomål och synpunkter är en metod för att åstadkomma utveckling och förbättring som ett led i vårt kvalitetsarbete. Alla inkomna klagomål och synpunkter diarieförs och utreds enligt rutin. Vi har under året förbättrat möjligheten att lämna klagomål och synpunkter genom upprättande av en E-tjänst. Vi har även förbättrat rutinen kring information om hur man kan lämna synpunkter och klagomål. Under 2023 har det inkommit tre klagomål och synpunkter, som utretts och analyserats i samband med övrigt avvikelsearbete.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi kommer så långt det är möjligt arbeta enligt det nationella system för kunskapsstyrning som utarbetats av SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) och staten. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda.

Kunskapsstyrningsorganisationen är uppdelad på nationell, regional och lokal nivå. Den nationella nivån består av landets främsta experter inom sitt område. De tar fram nationella kunskapsunderlag som vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer. Lägre nivåer skapar sedan regionala och lokala anpassningar och arbetar för att stödja spridning och implementering. Allt material som arbetas fram samlas på webbsidan "nationellt kliniskt kunskapsstöd".

Under 2023 har vi fortsatt arbetet med våra kontinuitetsplaner inom Omsorgen och även genomfört en analys av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap och den kommer att ligga till grund för ett framtagande av en åtgärdsplan kring hur vi kan upprätthålla god vård och omsorg i våra verksamheter även vid extraordinära händelser.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2024 så är det övergripande målet att arbeta på ett mer personcentrerat sätt.

- BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) är ett nationellt kvalitetsregister som ska hjälpa oss att vårda individer med demenssjukdom med ett personcentrerat förhållningssätt. Tonvikten ligger på psykologiska aspekter och människors lika värde. Personens upplevelse av verkligheten sätts i fokus och omvårdnaden utgår från personens levnadshistoria, värderingar och vanor och syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig. Inom den personcentrerade omvårdnaden är synen på personen central. Alla människor är unika och ska bemötas med respekt, värdighet och kärlek och ses som kompetenta med resurser och förmågor trots sin sjukdom. Vi ska under 2024 fortsätta utbilda all omvårdnadspersonal så att de ska få förutsättningar att vårda på ett sätt som bekräftar individen och dennes vilja, erbjuder gemenskap, närhet och meningsfulla aktiviteter på en anpassad nivå. Som hjälp i det arbetet har vi vår demenssjuksköterska samt en av de sjuksköterskor som vanligtvis arbetar på Orsagården. De är våra certifierade utbildare i BPSD. Vi har även ett samarbete på gång gällande ett digitalt kognitivt test som ska vara till hjälp med bedömningar för att hitta de bästa insatserna för individen. I samarbetet ingår även att vi ska vara en utvecklingspart för företaget som tillhandahåller verktyget och vi har sökt resurser till det i form av ett Vinnova-projekt. Under våren 2024 får vi besked om projektansökan godkänns.
- Riskbedömningar ska göras på ett strukturerat sätt gällande områden som risk för fall, undernäring och trycksår. Dessa riskbedömningar ska mynna ut i hälsoplaner som är anpassade efter individens specifika behov. Målet är att eliminera risken genom förebyggande åtgärder. Detta görs i nära samarbete med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, individ och anhöriga.
- Läkemedelshanteringen för de individer som vi ansvarar för i ordinärt boende behöver förbättras. Det ska göras genom att fortsätta det arbete vi redan gör med att utveckla vår utbildning för den omvårdnadspersonal som får delegering, samt de tester som genomförs. Vi ska även fortsätta arbetet med att se till så att alla som kan hantera den får en Evondos (läkemedelsskåp med påminnefunktion). Vi ska också utveckla vårt arbete med processen kring hantering av narkotikaklassade läkemedel.

- En av de största utmaningarna är att skapa en fungerande struktur kring samordnad individuell planering (SIP) tillsammans med Region Dalarna vid utskrivning av slutenvården och även Orsa vårdcentral i "Nära vård"-anda. Samverkan oss emellan fungerar bra, men Orsa vårdcentral har en del svårigheter med att tillhandahålla läkare i den omfattning våra patienter behöver. Vårdcentralen kommer även att genomgå en omorganisation under våren, och vi vet inte än på vilket sätt det kommer att påverka samverkan. Det finns en del ljuspunkter då vi under 2024 kommer att få tillgång till etikettskrivare på två av våra enheter. Det är något som kommer att förbättra patientsäkerheten. En annan stor förbättring kommer under hösten 2024, då regionen ska byta verksamhetssystem. Det säkerställer informationsöverföringen då vi helt kommer ifrån användandet av fax som distributionsväg.
- Den kompetenshöjning som vi driver för omvårdnadspersonalen fortsätter med en klass på elva blivande undersköterskor under 2024. Det som redan görs i fortbildningssyfte för all omvårdnadspersonal ska utvecklas under 2024 för att säkerställa att vi är på rätt väg. Vi ska kombinera digitala utbildningar med fysiska träffar och praktiska moment för att på sikt skapa ett arbetssätt som inkluderar lärande i alla led. Det kommer även att vidtas kompetenshöjande åtgärder för legitimerad personal.
- Vi kommer att fortsätta omvärldsbevakning kring digital välfärdsteknik i syfte att möta de utmaningar vi ställs inför. Det gäller exempelvis att individen ska kunna behålla sin integritet och självständighet, detta i sin tur leder till att vi kan arbeta på ett resurseffektivt sätt.
- Vi ser också ett framtida behov av en utvecklad palliativ vård i hemmet för de individer som inte har behov av specialistvård. Fokus ligger på god vård och trygghet för individen och stöd för anhöriga.
- En stor utmaning under 2024 blir att rekrytera personal till rehab-gruppen i form av arbetsterapeut. Vi har gjort flera försök under detta år men inte lyckats än.