



Kinda  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse för Kinda kommun År 2024



2024-03-03

Diarienummer

Susanna Bargello Högström, verksamhetschef HSL

Suzana Yelvington, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eric Starräng, medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

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

## SAMMANFATTNING

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

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

Förändringar av verksamhetssystem från föregående år har under året fortsatt påverkat kommunens verksamheter. Dessa förändringar har ställt krav och inneburit utmaningar för verksamheten, utmaningar som påverkat patientsäkerheten och tvingat verksamheten att hitta alternativa lösningar i stunden. Verksamheterna har använt de rutiner som finns för att hantera IT-avbrott/ej tillgång till journalsystem.

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

Den pågående omställningen till Nära vård möts upp genom fortsatt arbete med Närvårdsplatser, vilket sker i samarbete mellan Region Östergötland och Kinda kommun. Tillgängligheten till dessa platser bidrar till minskad inläggning på sjukhus, vilket innebär en besparing samhällsekonomiskt och ett stort värde i minskat lidande för patienterna.

Arbete med öppnande av vårdcentrum i Kinda Kommun pågår.

Det arbete som påbörjades under 2022 för en ökad samverkan mellan Kinda kommun och Region Östergötland kring hemgångsprocessen från sjukhus har fortsatt under 2024. Samverkan har bidragit till ökad dialog mellan huvudmännen.

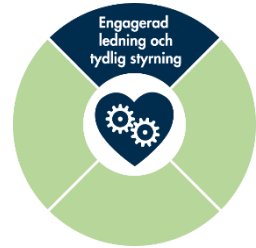
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

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

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

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

## Organisation och ansvar

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

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

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

### **Verksamhetschefer**

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

### **Verksamhetschef Hemsjukvård (HSL)**

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

### **Enhetschefer**

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

### **Legitimerad personal/delegerad personal**

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

Delegerad personal ansvarar för de arbetsuppgifter man har delegering för att utföra men ytterst ansvar har legitimerad personal som utfärdat en delegering.

### **Omvårdnadspersonal**

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

## En god säkerhetskultur

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



### Patientsäkerhetsdialoger

Under 2024 utfördes 2 av 5 planerade dialoger. Dessa fokuserade på områdena *Läkemedelshantering* samt *Hygien*.

Under HT 2024 beslutas att innehåll från Patientsäkerhetsdialoger framöver bakas in i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete (årshjul), arbetet med detta pågår.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

#### Extern samverkan;

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Östergötland och kommunerna i länet.
- Riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Östergötland och de östgötska kommunerna, SVOP.
- Riktlinje för uppsökande tandvård.
- Riktlinje för samordnad individuell plan (SIP).
- I LGVO (Ledningsgrupp för vård och omsorg) deltar förvaltningschefer från de tretton kommunerna i länet samt representanter från regionen.
- Kommunerna har en överenskommelse om samverkan med enheten för Smittskydd och vårdhygien i Östergötland.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Kisa vårdcentral.
- Avtal specialiserad hemsjukvård (LAH) tillsammans med Kisa vårdcentral.
- Avtal för samverkan kring Närvårdsplatser.
- Avtal för samverkan kring Hälso- och sjukvårdsinsatser på Schedevi och Hjulebo.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten med vårdcentralen i Kisa.
- Hemtagningsteam bestående av nyckelpersoner från kommunens hemsjukvård och biståndsenheten samt sjuksköterska och läkare från Kisa vårdcentral.
- De medicinskt ansvariga funktionerna deltar i ett länsövergripande nätverk - MALG 2 ggr/halvår och separata MAS respektive MAR-möten 3 ggr/halvår.
- MAR deltar i länsövergripande möten med övriga MAR i Östergötlands län samt i möten med länets hjälpmedelskonsulter.
- MAS deltar på avstämning 2 ggr/månad med den regionala Närsjukvårdens ledning för genomgång av avvikelser mellan kommun och region. Dessa möten startades upp under 2022 utifrån behov av att stärka samverkan och öka patientsäkerheten vid övergång mellan vårdgivare.
- MAS deltar i möten med chefläkar- och chefsjuksköterska på US 2 ggr/halvår.

## Intern samverkan i förvaltningen;

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

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Information är en viktig tillgång och informationssäkerhet handlar om att skapa och upprätthålla lämpligt skydd av information. För att skydda denna krävs ett säkerhetsmedvetande hos alla medarbetare.

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt:

- Systemkontroller/loggar av användarkonton i verksamhetssystemet utförs en gång/kvartal. Rutin för loggkontroll finns och efterlevs.
- Journalgranskning gällande hälso- och sjukvård utförs två gånger per år. Denna analyseras och följs upp med berörda parter samt återkopplas till arbetsgrupp och MAS.
- Cosmic meddelandefunktion. Fortsatt arbete med att implementera funktionen.
- Tvåfaktorsinlogg används för inloggning gentemot Sodexo.
- Tvåkomponents Inloggning används gentemot Region Östergötlands journalsystem Cosmic.

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

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

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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

Kinda Kommun ingår i certifierat vård och omsorgscollege och har därmed ett nära formaliserat samarbete med Kinda Lärcentrum.





## **Delegering**

Utbildning för delegering sker fortlöpande.

## **Förflyttningsutbildning**

Under 2024 utbildades 110 ordinarie personal samt cirka 40 vikarier i förflyttningsutbildning. Detta kan jämföras med 86 under 2023.

## **Hygien**

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

En strategi för vårdhygieniskt arbete har tagits fram i samverkan med länets kommuner och enheten för Smittskydd och vårdhygien. Syftet med strategin är att arbeta för ett hållbart, effektivt och systematiskt förebyggande vårdhygieniskt arbets sätt för att minska smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Strategin har presenterats på en patientsäkerhetsdialog där alla chefer samt andra nyckelpersoner deltog. Arbetet med implementeringen påbörjades och fortsätter under 2025.

## **Andra utbildningar som genomförts**

Suicidprevention

Förflyttningsutbildning för paramedicinare

Sårvårdsutbildning

Tandvårdsutbildning/intygsutfärdare

Antibiotikaresistens och bakterier i urinen

Agera vid symptom och sjukdomstillstånd och kontakta sjuksköterska

## **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 §*

Vårdgivaren ger patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerheten. I praktiken innebär detta att patienten och/eller närstående, beroende på patientens vilja och förmåga, deltar i vårdplanering, i upprättande av riskbedömningar (Senior alert), SIP (Samordnad individuell vårdplanering), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering.

Ett personcentrerat arbets sätt ska tillämpas där personens kunskaper och engagemang ska tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är aktiv i sin vård. Information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål ges via kommunens hemsida samt hur kontakt kan tas med Patientnämnden.

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

## Öka kunskapen om inträffade vårdskador

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



### Avvikelsehantering

Totalt rapporterades 1 150 avvikelser relaterat till vårdskador fördelat i kategorier enligt nedan.

Avvikelseyp	2023	2024
Fall	719	668
Läkemedel	398	436
Vårdkedjebrist	26	17
Medicinteknisk produkt	35	29
<b>Totalt:</b>	1178	1150

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

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla händelser som medför risk för vårdskada eller en vårdskada rapporteras och hanteras enligt rutin med syfte att stärka patientsäkerheten.	Avvikelser sammanställs månadsvis samt årligen	<p><b>Fall</b> – Under 2024 ses ett minskat antal fall i jämförelse med 2023. Antalet fall varierar beroende på att en eller flera patienter kan falla ofta i perioder och alla tillfällen ska anmälas även när inga skador har inträffat. Enligt avvikelssystemet resulterade 11 fall i frakturer.</p> <p><b>Läkemedel</b> - Viss ökning av avvikelser kopplat till läkemedel från 2023 till 2024. Flera avvikelser är kopplade till våra verksamhetssystem och avvikelserna har bidragit till förbättring och förtydligande av rutiner.</p> <p><b>Vårdkedjebrist</b> - Brister i följsamhet av rutin vid utskrivning från slutenvård är den vanligaste vårdkedjebristen.</p> <p><b>Medicinteknisk produkt</b> – Största orsaken till avvikelser är felaktig hantering av hjälpmedel och rör rörelselarm. 11 avvikelser berör förskrivna hjälpmedel och hanterades enligt rutin genom Sodexo hjälpmedelsservice.</p>

## Synergiavvikelser

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
En säker och trygg vård med hög kvalitet för patienten.	Sammanställning av synergiavvikelser till och från regionen/andra vårdgivare 1 gång/år  Avvikelsesystemet	Totalt var det 19 avvikelser skrivna till regionen och 3 från regionen och 2 från ambulansen till kommunen. De flesta avvikelser rör utskrivningsprocessen, brister i följsamhet av rutin och brister i överrapportering.

## Klagomål och synpunkter

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Inkomna ärenden	Klagomål och synpunkter sammanställs 1 gång/år  Patientnämnden  IVO	De klagomål och synpunkter som berör hälso- och sjukvård och kvalitet hanteras som avvikelser. De personbundna läggs in i avvikelsemodulen. Övriga från allmänheten hanterades enligt rutin.  Inga ärende inkom från Patientnämnden 2024  Inga ärenden inkom från IVO.

## Lex Maria

En Lex Maria har hanterats under 2024 relaterad till hantering av insulin.

## Läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs varje år, av extern legitimerad farmaceut enligt avtal. Granskningen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:37.

Under 2024 granskades verksamheter på alla tre orter där samtal fördes kring läkemedelshantering, rutiner, ansvarsfördelning, spårbarhet och patientsäkerhet tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor, verksamhetschef för hemsjukvård, MAS och till viss del omvårdnadspersonal.

I Åtgärdsplan/Rapport sammanställd av farmaceut redovisas de brister som upptäckts och som verksamheterna ska åtgärda i det fortsatta kvalitetsarbetet. Det framkom bland annat att rutiner för hur uppföljning av delegering ska gå till behöver tas fram då det är viktigt att det görs strukturerat och att uppföljningen dokumenteras. Sjuksköterskor behöver säkerställa att ordinationerna på läkemedelslistor är fullständiga och påtala för läkare när så inte är fallet, vanliga uppgifter som kan saknas är indikation, tidpunkt och maxdos.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hemtagningsprocess

En intern arbetsgrupp med deltagare från hemtjänst, bistånd och hemsjukvård har under 2024 haft avstämningar varannan vecka för att stärka samarbetet då patienter flyttar mellan vårdinrättningar.

### Delegering

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

### Avvikelseprocess

Under året påbörjas ett arbete med processbeskrivning av avvikelshantering för att tydliggöra roller och ansvar i avvikelshantering/utredning.

### Digital signering

Under 2024 fortsatte arbetet med digital signering. Månadsvis görs sammanställning av MAS/MAR, presenteras för chefer som i sin tur jobbar vidare på sina respektive enheter.



## Säker vård här och nu

### Vårdprevention

#### Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

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



## Resultatet och analysen av riskbedömningarna redovisas i nedanstående figur och tabell

Sverige / Kommun / Region

Kinda kommun

År

2024

Typ av enhet

Alla

[Exportera till Excel](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Kinda kommun	37	92% 57 av 62	89% 51 av 57	95% 54 av 57	98% 45 av 46	18 11 personer	14 personer	2 2 personer	16 personer	▼
Bergdala	2	100% 2 av 2	50% 1 av 2	50% 1 av 2	0% 0 av 0	4 4 personer	1 personer	0 0 personer	1 personer	▼
Hemtjänst Norr	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer	▼
Kisa Gruppboistaden	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer	▼
Rimforsa Gruppboistaden	0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0% 0 av 0	0 0 personer	0 personer	0 0 personer	0 personer	▼
Stånggårdan	12	90% 18 av 20	94% 17 av 18	94% 17 av 18	100% 19 av 19	6 3 personer	4 personer	1 1 personer	1 personer	▼
Västerliden	23	93% 37 av 40	89% 33 av 37	97% 36 av 37	96% 26 av 27	8 4 personer	9 personer	1 1 personer	14 personer	▼
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

### Förklaring

Alla summor baseras på urvalsperioden

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

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

- ▼ Minskning jämfört föregående period
- ▲ Ökning jämfört föregående period
- ↔ Ingen skillnad jämfört föregående period

#### Riskbedömningar med risk

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

#### Bakomliggande orsaker vid risk

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

#### Åtgärdsplan vid risk

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

#### Utförda åtgärder vid risk

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

#### Trycksår

Antal trycksår.  
Antal unika personer med minst ett trycksår.

#### BMI<22

Antal personer med BMI mindre än 22.

#### Fall

Antal fall.  
Antal unika personer som fallit.

#### Munhälsa grad två

Antal personer med någon grad 2:a enligt ROAG.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla patienter/brukare oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert	1 gång/år Senior alert	Av 62 riskbedömningar som registrerats hade 57 en eller fler risker. 89% av dem (51 st) tog man reda på bakomliggande orsak och 95% (54st) fick en åtgärdsplan.  98% (45 st) fick åtgärderna utförda. Jämfört med året innan ses att färre riskbedömningar utförts under 2024 men att fler antal personer fått åtgärder planerade utifrån upptäckta risker. Det ses en minskning i antal utförda riskbedömningar år för år, analysen av detta är att ett omtag av arbetet med Senior alert behövs, vilket är inplanerat under 2025.

## Hygien

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

Antal svar	2023	2024
vecka 10	104	124
vecka 23	134	132
vecka 36	167	127
vecka 49	119	169
Totalt	524	552

### Resultatet och analysen av självskattningarna redovisas i nedanstående tabell

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
100 % följsamhet till basala hygienrutiner i allt patient/brukarnära arbete	Basala hygienrutiner och klädregler 4 ggr/år Självskattningar	Resultatet visar framför allt brister i att desinfektera händerna direkt före brukar/patientnära arbete och före handskanvändning och att man inte alltid använde plastförkläde vid nära omvårdnadsarbete då risk finns för nedsmutsning av arbetskläderna. Svarsfrekvensen har varit låg och resultaten är därför inte helt tillförlitliga.  Digital utbildning i basal hygien genomförs årligen av enheten för Smittskydd och vårdhygien för chefer och hygienombud. Det är av vikt att hygienrutinerna följs då dessa bidrar till att minska risken för vårdskada.  Resultaten ska redovisas på APT där man tar upp positivt utfall samt förbättringsmöjligheter med gruppen, diskutera hur man kan hjälpas åt för att uppnå 100 % resultat och att diskussioner leder till beslut om åtgärder. Arbete med att öka svarsfrekvensen är en planerad åtgärd.

## Läkemedelsautomater

Automaten stöttar patienten när läkemedel ska intas, både via talande instruktioner, ljudsignaler och genom skriftliga instruktioner som visas på automatens skärm med kontrollampor. Sjuksköterskor

och omvårdnadspersonal kan följa allt som sker via distansvårdssystemet och via en mobilapp. Anhöriga kan också ges åtkomst till den informationen.

Syftet är

- förbättrad patientsäkerhet
- ökad trygghet i hemmet
- mindre oro för anhöriga
- ökad självständighet och självtillit
- underlätta planering för resurser för vårdinsatser

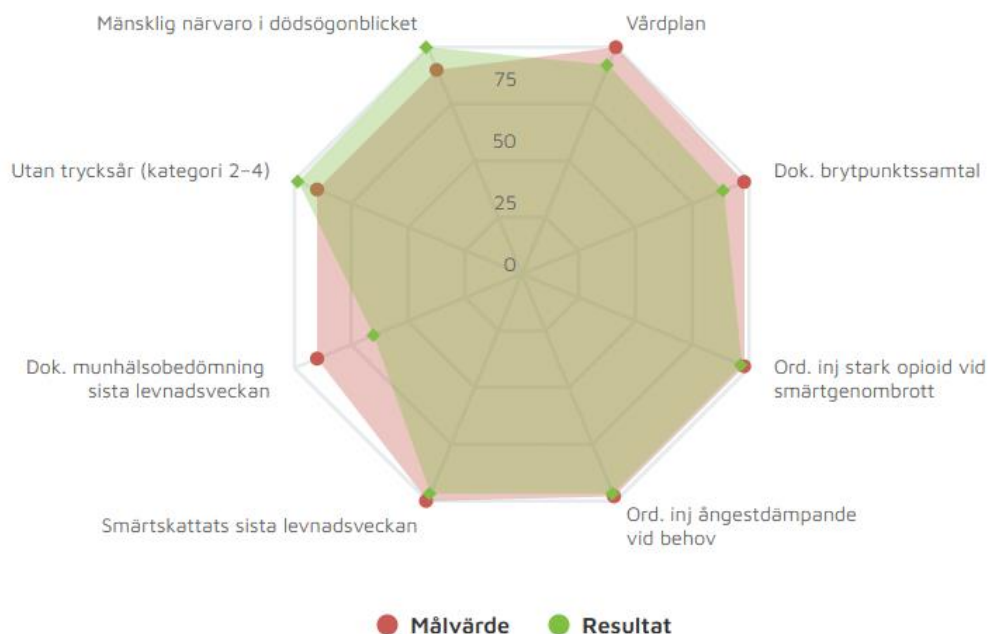
Under året har det månadsvis varit mellan 4 och 7 patienter som använt läkemedelsautomat. Under 2024 var det 3957 (år 2023 var det 2279) givna doser med 99,7 % följsamhet varav 0,3 % (13 st) var missade doser. Automaten larmar organisationen vid missad dos som då får säkerställa manuell hantering. Under året har pågående arbete gjorts för att skapa rutiner som underlättar hanteringen och distribution av läkemedelsautomaterna.

## **Resultat Palliativregistret**

Diagram och tabell visar kommunens resultat från Palliativregistret. Det avser totala antalet (59 st) registrerade dödsfall för 2024. Resultatet visar att målvärden för god palliativ vård uppnås i två kvalitetsindikatorer. Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är fortsatt lågt även om värdet förbättrats något. I detta område finns störst möjlighet till förbättring. Fortsatt kompetensutveckling avseende palliativ vård, med tonvikt på helhetssyn och teamarbete kring patient och närstående, fortgår och är ett fokusområde under kommande år.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

SKAPA EXCEL-FIL 

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	91,5	100	54	59
Dok. brytpunktssamtal	88,1	98	52	59
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,6	98	57	59
Ord. inj ångestdämpande vid behov	96,6	98	57	59
Smärtskattats sista levnadsveckan	96,6	100	57	59
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	67,8	90	40	59
Utan trycksår (kategori 2-4)	98,3	90	58	59
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100,0	90	59	59



## Stärka analys, lärande och utveckling

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



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

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## *Förebyggande arbete och patientsäkerhet*

- Stärka följsamhet till ordinerade HSL insatser.
- Öka omsorgspersonalens kunskap rörande demenssjukdomar, palliativ vård, rehabilitering/ vardagsrehabilitering och sårvård.
- På demensenheter ska arbetet fortsätta med BPSD-skattningar (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och åtgärder utifrån behov som framkommer.
- Journalgranskning ska genomföras 2 gånger under 2025 och åtgärder planeras efter resultaten.
- Risken för vårdskador ska minskas genom systematiskt arbete med riskanalyser och kvalitetsregister - fortsatt arbete med att registrera och planera åtgärder samt följa upp kvalitet med hjälp av Senior alert. Under VT 2025 planeras ett arbete för att förbättra det systematiska arbetet med Senior Alert.
- Minska risken för vårdrelaterade infektioner med hjälp av egenkontroller och PPM-mätning (observationsstudie) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Under året startar strategi för vårdhygieniskt arbete upp, detta enligt överenskommelse med "Samverkan vårdhygien Östergötland".
- Utöka kännedom om rutinen av rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel.

## *Samordning och delaktighet*

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

## *Övrig förbättring och utveckling*

- Fortsätta utveckla egenkontroller genom uppföljning av resultat, orsaksanalys av eventuella brister och systematiskt arbete med förbättringar.
- Tillsammans med regionen fortsätta arbeta med omställningen till Nära vård.
- Under 2025 ska kommunen jobba enligt "Digitalt först"; första fokusområdet för implementering är läkemedelsautomater och digital tillsyn.