



Patientsäkerhetsberättelse

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2023-03-23

Carin Östlund

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

Innehållsförteckning	2
SAMMANFATTNING.....	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet	12
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll	12
Avvikelser	13
Klagomål och synpunkter.....	16
Kvalitetsmätning särskilt boende	16
Kvalitetsmätning hemsjukvård	23
Kvalitetsregister	26
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	27

Sammanfattning

Kommunens övergripande mål 7 *Folkhälsoarbetet inom Norsjö kommuns verksamheter ger positiv effekt som årligen förbättras* där är indikator 5 mål som hälso- och sjukvården jobbat med under 2022

MÅL 1. *Antal fall bland personer som får kommunala insatser minskar.*

Det fallförebyggande arbetet har skett genom gruppaktiviteter med inriktning på styrka, rörlighet, balans och kondition. Det har även varit individuella bedömningar samt träningar.

Resultat:

2022 var det anmält 150 fall där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Om man tar med fall som är anmälda från hemtjänsten där hälsocentralen har hälso- och sjukvårdsansvar var det totalt 178 fall. Jämfört med 2021 då det var anmält totalt 163 fall (fall där hälsocentralen har ansvar är medräknat) så har fallen samt konsekvensen av fall som lett till frakturer ökat 2022.

Fallförebyggande arbetet är ett område som måste vara kontinuerligt. Det kommer även att vara ett mål för 2023 inom hälso- och sjukvården.

MÅL 2. *Dokumentationen i verksamhetssystemet, LifeCare ska bli säkrare och att det ska gå lätt att följa patienten över tid i journalsystemet.*

Resultat:

Aktiviteterna som var planerade har inte genomförts. Det har inte varit möjligt att avsätta tid för superanvändare inom medicinska enheten för att jobba med förbättringar i användandet av verksamhetssystemet. Hälsoplaner, frastexter och dokumentationsmallar har inte utarbetats, det finns bara upprättat någon/några enstaka.

Socialstyrelsens utbildning har inte genomförts under 2022 men är påbörjad i början av 2023.

Dokumentationen är ett viktigt område för patientsäkerheten och kommer att vara ett mål att förbättra även 2023.

Under 2022 har brister inom vård- och omsorg uppmärksammats. Det har lett till att det inom äldreomsorgen och kommunens hälso- och sjukvård har påbörjats arbeta med att kartlägga hur förbättringar i kunskaper om basal omvårdnad, nutrition, förflyttningsteknik samt följsamhet till basala hygienrutiner ska utformas.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Kommunens övergripande mål för hälso- och sjukvården.

Mål 7: Folkhälsoarbetet inom Norsjö kommuns verksamheter ger positiv effekt som årligen förbättras.

Indikator 5: Antal fall bland personer som får kommunala insatser minskar.

Kommunens hälso- och sjukvårds mål för 2022

Mål 1: Antal fall bland personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser minskar.

Genomförd aktivitet:

Gruppledda aktiviteter inriktade på styrka, rörlighet, balans och kondition genomfördes av sjukgymnast under andra halvan av 2022 till brukare på särskilt boende äldre.Handledning/instruktioner genomfördes av sjukgymnast till vård- och omsorgspersonal som ett led till att personalen själva ska kunna starta upp träning med de äldre på boendet under 2022 - 2023.

Sedan september har alla brukare ineliggande på korttidsboendet fått individuell bedömning av sjukgymnast. Utifrån detta har de fått anpassade träningsprogram. Till en början har rehabiliteringspersonalen tränar med brukaren. Senare har personalen fått hjälpa dem att utföra denna träning via HSL-uppdrag.

Resultat:

2022 var totala anmälda antalet fall 150 där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar. Om man tar med fall som är anmälda från hemtjänsten där hälsocentralen har hälso- och sjukvårdsansvar var det totalt 178 fall. Jämfört med 2021 då det var anmält totalt 163 fall (fall där hälsocentralen har ansvar är medräknat) så har fallen och frakturerna ökat 2022. Fallen ledde till 6 frakturer 2022 och 4 frakturer 2021.

Mål 2: Dokumentationen i LifeCare ska bli säkrare och att det ska gå lätt att följa patienten över tid i journalsystemet.

Resultat:

Aktiviteter som var planerade har inte genomförts. Det har inte varit möjligt att avsätta tid för superanvändare inom medicinska enheten för att jobba med LifeCare. Hälsoplaner, frastexter och dokumentationsmallar har inte utarbetats, det finns bara upprättat någon/några enstaka.

Socialstyrelsens utbildning har inte genomförts under 2022 men är påbörjad i början av 2023.

Organisation och ansvar

Vårdgivare/Kommunstyrelsen

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvård för vårdgivare, utbildning- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

Verksamhetschef för omsorg

Verksamhetschef för Omsorg där även hälso- och sjukvården ingår representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet samt patientsäkert i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS utgör tillsammans med verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda samt anmäla Lex Maria ärenden och anmäla om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbete, förbättringsarbete och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

Kvalitetsledningsgrupp

Verksamhetschef omsorg, enhetschef funktionsnedsättningsomsorgen (FO), enhetschef för individ- och familjeomsorg (IFO), omsorgs strateg samt MAS ingår i denna grupp som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter på övergripande nivå. Kvalitetsledningsgruppen träffas ungefär 1 gång/månad.

Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Region Västerbotten: Hälsocentral, Smittskydd och Vårdhygien. Patientnämnden kan också vara en del i det externa kvalitetsarbetet. Till patientnämnden kan individer kostnadsfritt vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Ledning inom kommunens verksamhetsområden utbildning och omsorg; verksamhetschef omsorg, MAS, enhetschef medicinska enheten, avdelningschef kommunal utveckling samt verksamhetschef utbildning träffar hälsocentralens ledning i REKO, Region och kommun, ca 4 gånger per år för att samverka kring gemensamma frågor och tillsammans förbättra för medborgarna.

Från vintern 2022 har samverkan med hälsocentralens ledning och kommunens ledning för hälso- och sjukvården intensifierats för att förbättra samarbetet. Möten är inplanerade 1 gång/månad.

Nytt ramavtal för läkarsamverkan- och teamsamverkan har antagits i länet. Det är påbörjat arbetet med att få till ett lokaltavtal utifrån ramavtalet gemensamt med hälsocentralens ledning.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten som ger stöd vid bland annat vårdhygieniska frågor, i samband med om eller tillbyggnation inom vård och omsorg samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. De håller i utbildningar och de genomför hygienronder samt stödjer kommunen med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta till exempel om en brukare är bärare av multiresistenta bakterier och vid Covid-19 infektioner. Vårdhygien har varit och är ett ovärderligt stöd under pandemin.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten som utför kontroller och lagar medicintekniska hjälpmedel. De stöder och ger råd när medicintekniska hjälpmedel ska köpas in.

Avtal finns även med hjälpmedelscentralen gällande personligt utskrivna hjälpmedel och en del medicintekniskutrustning som vi hyr.

Samverkan sker även i Strategiska samverkansgrupp i Skellefteå och Norsjö området. Samverkansgruppen har representanter från ledning i Skellefteå sjukvårdsområde, Skellefteå kommun samt Norsjö kommun och det representerar området äldre, vuxna samt barn och unga.

I länet samverkar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga rehabilitering, MAR i nätverk för länet för att tillsammans lyfta patientsäkerhetsfrågor och hjälpa åt med omvärldsbevakning. Inlandets 8 kommuner, där Norsjö ingår, har regelbundna nätverksträffar där samverkan sker gällande gemensamma frågor inom patientsäkerhet.

Samverkan sker även inom kommunen med ansvariga chefer inom omsorgen. Vi har regelbundna träffar Vård, äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, VÄFO varannan torsdag 2 timmar.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienters och ev. närståendes (efter samtycke) delaktighet vid individuella vårdplaneringar, IVP, eller samordnad vårdplanering, SIP, är en central del för att patienter ska få delge vilka behov de har och hur de vill att vård och omsorg ska ges samt att hälso- och sjukvårdsfrågor lyfts fram. Syftet med träffen är att patienten ska vara delaktig i den vårdplan som skrivs vid mötet.

Patienter och närstående informeras om en allvarlig vårdskada har inträffat eller om risk för allvarlig vårdskada har inträffat. De erbjuds vara med i utredning och delge sin upplevelse av händelsen.

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen till att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. I den palliativa vården förs samtal med patienter och ev. närstående där man utifrån patientens önskemål försöker komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet samt gemensamt sätta upp mål som är viktiga i livets slut.

Närstående erbjuds ett efterlevande samtal 1 månad efter att deras anhörig har gått bort. Det ger närstående möjlighet att delge tankar och funderingar som dykt upp efter dödsfallet samt ställa frågor som kan vara en hjälp i sorgeprocessen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse och fallrapporter skrivs av den som upptäcker detta. Rapporterna utreds och åtgärder sätts in för att minska risken för att det ska inträffa igen av personer som arbetar nära patienten, legitimerad personal och enhetschef.

MAS sammanställer statistik för fall vid delårsrapportering samt övergripande statistik gällande avvikelser minst 1 gång per år.

När en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada initierar MAS till händelseanalys och genomför den. Berörda i händelsen är också delaktiga. Lex Maria, allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Händelseanalys och riskbedömning samt plan för åtgärder är en del i anmälan. Lex Maria anmälan redovisas till utskottet och kommunstyrelsen/vårdgivaren när det är aktuellt.

Vid vårdkedjeproblematik skrivs avvikelser till inblandade enheter. Två gånger om år träffas vårdsamordnare Skellefteå lasarett, utredare inom primärvården, MAS och MAR Skellefteå, och MAS Norsjö, andra representanter från kommun och Region Västerbotten kan också delta. Resultaten från dessa möten där brister i olika processer lyfts fram redovisas till Strategisk samverkansgrupp för Skellefteå och Norsjö området 2 gånger/år.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan komma muntligen till verksamheten, via kommunens hemsida eller via Patientnämnden eller via telefon till någon inom omsorgens ledning. När klagomål inkommer försöker verksamheten lösa det i första hand. Om det inte går lösa på plats så går det vidare till chefer och/eller MAS samt kvalitetsledningsgruppen för analys, utredning och eventuella åtgärder planeras in samt återkopplas till berörda. Återkoppling görs till den som lämnat klagomålet och synpunkten om det inte är anonymt.

Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. De egenkontroller som genomförs presenteras i tabell 1.

Analys av fastställda indikatorer samt från kvalitetsregister återrapporteras till utbildning- och omsorgsutskottet samt kommunstyrelsen i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen presenteras. Utifrån uppnådda resultat i kvalitetsmätningar och måluppfyllelse i fastställda indikatorer, fastställer MAS åtgärder.

Återkoppling av avvikelser gällande vilka åtgärder som vidtas diskuteras och återkopplas till den berörda personen eller gruppen. Återkoppling sker från närmsta chef. Berörd verksamhet eller processägare ansvarar för att de åtgärder vidtas som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt förbättra de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga.

Egen kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården genomförs årligen vecka 46 inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, på särskilda boenden samt inom hemsjukvården. Några av indikatorerna i kvalitetsmätningen jämförs med 8 inlandskommuner och redovisas till utbildning och omsorgsutskottet samt Kommunstyrelsen i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen presenteras.

Ett nationellt kvalitetsregister används i kommunens omsorg för att utveckla och följa upp olika delar av vård och omsorg:

- Palliativa registret - syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar införs kan man använda resultat från Svenska Palliativregistret för uppföljning.

Övriga rapporter till exempelvis Öppna Jämförelser och revisioner som berör området används för att ta lärdom och uppmärksamma vilka förbättringsområden som finns.

Tabell 1. Redovisning av egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Personalen fyller i självskattningsblankett.
Hygienronder	Ca vart 4:e år	Vårdhygien genomför och protokollför dessa.
Nattfastemätning	2 gång per år	Veckolång mätning på enheterna på pappersblankett. Enheterna kan själva mäta oftare. Höstens mätning ingår i kvalitetsmätningen vecka 46.
Kvalitetsmätning	Vecka 46 varje år	Sjuksköterskorna fyller i pappersblankett för varje boende samt hemsjukvård.
Trycksår	1 gånger per år	Kvalitetsmätning v. 46.
Avvikelser	Följs löpande och återkopplas löpande till enheterna. Redovisas 1 gång per år i Patientsäkerhetsberättelsen.	LifeCare avvikelssystem
Patientens/närståendesklagomål och synpunkter	Löpande.	Patientnämnden, IVO, avvikelssystemet samt synpunkts- och klagomålssystemet.
Undernäring	4 ggr/år eller oftare vid behov.	Viktkontroller.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att öka engagemanget att arbeta strukturerat vid bedömning av risker och jobba förebyggande sker samverkan genom bland annat kommunens och Regionens primärvårdsträffar, REKO. Där lyfts bland annat vad de olika verksamheterna jobbar med, resultat från kvalitetsregistren.

Samverkan sker mellan hälsocentralen Norsjö, biståndet, hemtjänst och hemsjukvården i samordningsmöte. Från kommun deltar hemsjukvårdssjuksköterska, enhetschef hemtjänsten samt biståndshandläggare och från primärvården läkare och distriktssköterska. Arbetsterapeut och sjukgymnast kallas då det finns ett behov av deras insatser. Samordningsmötena genomförs en gång per vecka. Vid mötet lyfts patienter (som gett sitt samtycke) som är i behov av samordning av hälso- och sjukvård samt omsorg. Där planeras även in datum för SIP (samordnad individuell plan) till patienter som har behov av det.

Coronapandemin har påverkat hela världen sedan början av 2020. Detta har även påverkat verksamheterna i vår kommun. Genom att länet har samverkat med aktörer, som smittskydd och vårdhygien, Region Västerbotten, Länsstyrelsen och länets kommuner, har rekommendationer, stöd och råd fått spridning i länet. Kommunen har kunnat få stöd och råd direkt när frågor har uppkommit. Utan den samverkan hade det varit svårt för en liten kommun att hantera allt som skett under dessa år. Det har inneburit nya kunskaper och förändringar i rutiner som hela tiden revideras. Svårigheter har varit att få ut information till alla berörda samt att vara förvissad om att berörda har förstått och att de tagit till sig informationen så de arbetar för att förebygga smitta för de personer de vårdar samt för sin egen skull.

Att få ut information och få följsamhet att följa basala hygienrutiner samt använda munskydd i patient nära vård har varit och är ett pågående arbete för att jobba smittförebyggande. Vid misstanke på eller vid konstaterad Covid-19 smitta har personlig skyddsutrustning använts för att förhindra smittspridning inom vård och omsorg. Personalen har fått ta del av webbutbildningar och information. Utbildning har skett på Solbacka av Vårdhygiensk sköterska eftersom vi hade multiresistenta bakterier på huset och vi såg brister i följsamhet i basala hygienrutiner. Det har satts upp hållare för handskar, plastskyddskläder på rummen på Solbacka för att underlätta för personalen att följa basala hygienrutiner.

2022 blev det bara en mätning på hösten gällande självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Resultatet visar på ökat deltagande 88 personer har lämnat in kompletta svar jämfört med 2021 då det var 31 inlämnade kompletta svar. Det finns fortfarande arbete med att förbättra följsamhet till att arbeta efter basala hygienrutiner till exempel används inte handsprit som det ska, plastförkläde missas att tas på, ringar och dylikt plockas inte av i vårdarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har uppmärksammat brister hos vård- och omsorgspersonalen när det gäller basal omvårdnad samt följsamheten till att följa basala hygienrutiner. De brister som framkommit har lett till att en styrgrupp i *Kvalitet i Omsorgen (KOM)* har bildats. I styrgruppen sitter verksamhetschef Omsorg, strateg inom omsorg, MAS, enhetschef Medicinska enheten, enhetschef Solbacka. Statistik gällande genomförandeplaner, avvikelser, ej utförda HSL-uppdrag samt antalet delegerad personal följs månadsvis. En enkät kommer att skickas ut till all personal i början av 2023 för att ta reda på vad vård- och omsorgspersonalen tycker de har kunskaper i samt vad de själva anser de behöver förbättrade kunskaper i. Det planeras även att anställa en sjuksköterska 2023 som på minst halvtid ska arbeta med utveckling och utbildning. I första hand planeras utbildning i basal omvårdnad för vård- och omsorgspersonal som är i behov av det samt ny personal som anställs.

Dietist är projekt anställd hösten 2022 med förlängning till juni 2023 inom Medicinska enheten. Dietisten har gjort en kartläggning om hur kunskaperna om nutrition är i nuläget. Dietisten har sett flera brister och att det finns förbättringsmöjligheter. Dietisten vill bland annat arbeta med att minska nattfastans längd för våra äldre. MAS ser ett stort behov av att det finns dietistkunskaper inom särskilda boende både för äldre och funktionsnedsättningsomsorgen. Sjuksköterskor har en viss nutritionskompetens men inte specifik kompetens som behövs när det är mer komplicerade nutritionsproblem. Det behövs att någon med dietistkunskap håller i utbildning för vård- och omsorgspersonal för att vi ska förebygga undernäring som vi är skyldiga att arbeta med enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring*; HSLF-FS 2022:49.

Risakanalys

Risakanalys görs vid allvarliga eller risk för allvarliga händelser och kan göras vid Lex Maria utredningar. Riskanalys ska även göras vid inför organisationsförändringar. En riskanalys är gjord gällande läkartillgång för Norsjö hälso- och sjukvård tillsammans med ledningen på hälsocentralen och Omsorgens hälso- och sjukvårdsledning.

Utredning av händelser - vårdskador

Avvikelser bedöms på enheterna. Allvarligare vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador utreds av MAS. Vid avvikelser ser man på hela händelsen i samband med att avvikelserna utreds, oftast genomförs en händelseanalys.

Två Lex Maria ärenden inträffade i slutet av 2021 som blev utredda med händelseanalys och inskickade under 2022 till IVO. Det är ett ärende som inträffat under 2022, som är utrett och inskickat till IVO. Två av dessa ärenden är presenterade för utbildnings- och omsorgsutskottet. Ivo har avslutat dessa ärenden utan ytterligare åtgärder.

I samband med en del avvikelser genomför MAS journalgranskning för att bedöma händelsen genom aktuell dokumentation. Ibland går det följa händelsen och ibland är det svårt följa händelsen genom dokumentationen. Brister i dokumentationen återrapporteras till berörda i samband med att avvikelserna återrapporteras.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är ett viktigt område där kunskap behövs både från hälso- och sjukvården samt expertis inom IT eller andra experter. Digitala system används inom hälso- och sjukvård. Att dessa är säkra och fyller lagkrav innebär att kunskap behöver inhämtas från experter i området samt samverka med andra kommuner som kommit längre.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Tabell 2. Måluppfyllelse 2022

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Antal fall bland personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser minskar	Det fallförebyggande arbetet ska fortsätta och bli en del i det dagliga arbetet för att minska fallskador.	Gruppledda aktiviteter och individuella träningar av rehabiliteringspersonal samt av vård- och omsorgspersonal.	Se tabell 3 samt redovisningen av fallrapporter längre fram i dokumentet.	Övervägande konsekvens både på särskilt boende, korttidsboende och hemsjukvård är ej risk för vårdskada/ej vårdskada samt risk för vårdskada, men även vårdskada och allvarlig vårdskada har rapporterats. Se redovisningen av fallrapporter längre fram i dokumentet.

Mål 2	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Dokumentationen i LifeCare ska bli säkrare och att det ska gå lätt att följa patienten över tid i journal-systemet	Avsatt tid för superanvändarna för att införa att hälsoplan, frastexter skrivs, utarbeta rutiner, dokumentationsmallar. Leg. personal ska gå utbildning: Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF.	Endast någon enstaka mall finns. Personal hänvisas till webb-utbildning som Tieto har producerat för LifeCare HSL.	Aktiviteterna som var planerade har inte genomförts. Det har inte varit möjligt att avsätta tid för superanvändare inom medicinska enheten för att jobba med LifeCare. Webbutbildning i KVÅ och ICF har inte genomförts under 2022.	För att förbättring i dokumentations systemet ska gå genomföra kommer extern utbildare behövas tas in för att utbilda alla inom medicinska enheten. Superanvändarna hinner inte med att fördjupa sig i journalsystemet om inte tid avsätts.

Avvikelser

Omsorgen använder ett digitalt avvikelssystem LifeCare. Det finns brister i att få till processen; utredning, åtgärder, uppföljning samt återföring till anmälarna och till personal som är berörda. Det pågår utbildningsinsatser för att få processen att fungera enligt våra rutiner.

FALLRAPPORTER

Inom Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende

Under 2022 har det inkommit 118 fallrapporter, nyckeltal 1,49. År 2021 var det 133 fallrapporter, nyckeltal 1,81 (antal fall per boendeplats). Fallen har minskat under 2022 jämfört med 2021. Av 2022 års fall ledde fallen till 5 frakturer, antalet frakturer 2021 var 2. Årsjämförelse för de senaste 5 åren visas i tabell 3.

Tabell 3. Fallavvikelser inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilda boende samt korttidsboendet årsjämförelse i nyckeltal (=antal fall per boendeplats) mellan 2018 – 2022

ÅRTAL	NYCKELTAL
2018	2,17
2019	2,75
2020	1,71
2021	1,81
2022	1,49

Inom hemsjukvård med eller utan hemtjänst

Under 2022 inkom 32 fallavvikelser inom hemsjukvården och 28 fall inom hemtjänst där hälsocentralen har hälso- och sjukvårdsansvar. Nyckeltal för hemsjukvårdens fall 0,68. Under 2021 inkom 31 fallrapporter, nyckeltal 0,80. Statistik för 2021 innehåller även fall för personer i ordinärt boende där hälsocentralen har hälso- och sjukvårdsansvar. Det kan vara en del i förklaringen till skillnaderna i statistiken av fallen och gör det svårt att jämföra. Även antalet inskrivna i hemsjukvård varierar. Ett fall har lett till fraktur inom hemsjukvården.

Fall inom kommunal hälso- och sjukvård

Inom kommunens hälso- och sjukvård (särskilt boende äldre och funktionsnedsättningsomsorgen, hemsjukvård samt hemtjänst) har 150 fallrapporter inlämnats 2022. Nyckeltal för fall hos personer som har kommunal hälso- och sjukvård är 1,24.

Övervägande konsekvens både på särskilt boende, korttidsboende och hemsjukvård är ej risk för vårdskada/ej vårdskada samt risk för vårdskada, men även vårdskada och allvarlig vårdskada har rapporterats. Det finns flera faktorer som kan påverka att patienterna faller. Inom särskilt boende har patienterna ofta flera sjukdomar eller en demenssjukdom som påverkar deras fysiska funktioner utöver det naturliga åldrandet. En del läkemedel kan påverka motoriken negativt, även brist i sömn och nutrition kan ha påverkat risken för fall. I riskbedömningar för fall görs men oftast sker det efter att ett fall inträffat. När det är samma person som faller flera gånger samlas teamet runt patienten, dvs. sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman eller annan personal som känner patienten väl, för att få en samlad bild om patienten och försöka hitta orsaker till att patienten faller samt tillsammans med patienten sätta in åtgärder som ska minska risken för ytterligare fall och försöka minska risken för skador ifall patienten skulle falla igen. Uppföljning görs på de åtgärder som sätts in.

LÄKEMEDELSAVVIKELSER

Inom Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende

Det inkom 93 läkemedelsavvikelser 2022 i nyckeltal 1,18 (=antal läkemedelsavvikelser per boendeplats). I tabell 4 finns årsjämförelse av läkemedelsavvikelse mellan 2018 – 2022. Nyckeltalet har minskat sedan 2021. De flesta läkemedelsavvikelserna var ej risk för vårdskada/ej vårdskada eller risk för vårdskada, 4 rapporter var bedömda som vårdskada. Orsaker till avvikelserna är oftast utebliven dos på grund av att man glömmer, brister i kommunikation och/eller stress av att vara ensam med delegering samt att man inte följer gällande rutin. Det är även avvikelser på grund av att läkemedel är felaktigt delade eller administrerat.

Digital signering är införd för hälso- och sjukvårdsuppdrag hösten 2020. Det har tagit långtid att implementera detta hos all personal och arbetet behöver fortsättas jobba med framöver eftersom inte all personal signerar digitalt och det finns även personal som inte loggar in verksamhetssystemet LifeCare. I resultatet kan vi ändå se att läkemedelsavvikelserna har minskat.

Tabell 4. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2018 – 2022 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende

ÅRTAL	NYCKELTAL
2018	1,90
2019	2,2
2020	2,72
2021	1,70
2022	1,18

Hemsjukvård

Inom hemsjukvård där insats är att ansvara för läkemedelshantering genom att delegering sker till hemtjänstpersonal att administrera läkemedel har det under 2022 inkommit 66 läkemedelsavvikelser, nyckeltal 1.44 (läkemedelsavvikelser per inskrivna i hemsjukvården). 2021 inkom 58 läkemedelsavvikelser, nyckeltal 2,15. Årsjämförelse visas i tabell 5 för åren 2018 – 2022. Orsaker till avvikelserna är bland annat att man inte har följt ordination från läkare eller sjuksköterska. De är avvikelser där det blivit fel vid administrering av läkemedel, beror ofta på att man inte följer rutin för administrering av läkemedel och det leder till att det blir utebliven dos helt eller delvis. Konsekvenserna har varit ej risk för vårdskada/ej vårdskada och risk för vårdskada i de flesta fall. Vårdskada har inträffat i 4 fall. Det är en minskning i antalet läkemedelsavvikelser detta år jämfört med 2021. En del av förklaringen kan vara att LifeCare mobil omsorg, LMO, används inom hemtjänsten där de sr HSL-uppdraget och digitalsignering görs direkt när personalen utför uppdraget.

Tabell 5. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2018 – 2022 inom hemsjukvård där insatsen är övertagande av läkemedelshantering.

ÅRTAL	NYCKELTAL
2018	1,08
2019	2,15
2020	0,57
2021	2,52
2022	1,44

ÖVRIGA AVVIKELSER

Det har inkommit sammanlagt 43 övriga vårdskaderapporter. Av dessa är det angett följande avvikelsetyper: brister i vården 20, förväxling av dokument/identitet 2, hot och våld 11, medicintekniska produkter 2, tryckskador/trycksår 2 och undernäring/felnäring 1. 2021 var det 62 övriga vårdskaderapporter, under 2020 var det 29 och 2019 var det 39.

En del av vårdskaderapporter har hamnat fel och har blivit flyttade till rätt avvikelssystem. När en avvikelse skrivs in som vårdskada men är en annan typ av avvikelse går det inte bara ta bort den utan den tas emot men utreds inte som vårdskada därför kommer det med i statistiken.

När det gäller avvikelser inom vårdkedjan har det varit 5 utgående vårdskaderapporter. Vid utgående rapporter har händelseutredningar gjorts. Oftast kommer det svar men svaren kan dröja. På inkomna externa vårdskaderapporter görs händelseutredning och svaras på, under 2022 har det inte inkommit någon. Vårdskadorna har handlat om brister i informationsöverföring från slutenvården till kommunens HSL, brister i sekretess, fördröjd smärtlindring och kvarglömd perifer venkateter.

Vårdskador som berör Skellefteå närsjukvårdsområde sammanställs 2 gånger per år och redovisas till Strategisk samverkansgrupp 2 ggr/år.

Klagomål och synpunkter

Det har inkommit 8 klagomål och synpunkter inom hela omsorgen. Klagomål som hälso- och sjukvården varit involverad i är 5. Det har handlat om klagomål på brister i följsamhet till basala hygienrutiner, brister i hur medicinteknisk produkt har hanterats, klagomål på hur rehabilitering samt nutrition har utförts och följts upp, felhantering av läkemedel och brister i hygien. På alla klagomålen och synpunkterna där hälso- och sjukvården varit inblandade har det gjorts händelseanalys, åtgärder har satts in och följts upp. Återkoppling har skett till anmälaren.

Kvalitetsmätning inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO

Kvalitetsmätning görs under en vecka (v. 46) årligen på särskilt boende inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, korttidsboendet är inte med i mätningen. Under 2022 har alla boendeplatser inom funktionsnedsättningsomsorgen åter blivit kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Antalet boendeplatser och boende under denna mätning har förändrats över tid, en jämförelse mellan 2018 - 2022 visas i tabell 6.

Tabell 6. Antal boendeplatser och boende vecka 46 åren 2018 - 2022 inom ÄFO särskilda boende samt inskrivna i hemsjukvård.

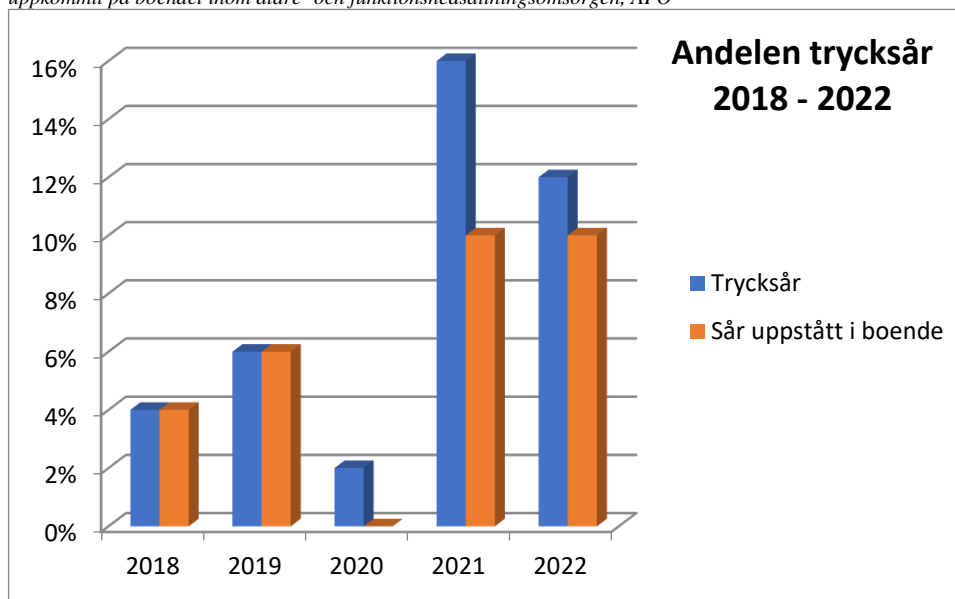
År	2018	2019	2020	2021	2022
Antal särskilda boendeplatser (inte korttidsplatser)	77	75	68	67	73
Antal boende v. 46	77	66	64	61	66
Inskrivna i hemsjukvård med olika insatser v. 46	39	28	42	37	47

Trycksår

2022 mätning visar att 12%, har trycksår enligt Norton trycksårsskala (från grad 1 lindrig skada, rodnad - till grad 4 fullhuds skada). Det har skett en minskning av andelen trycksår 2022 jämfört med 2021 då andelen trycksår var 16 %. Vid 2022 års mätning var det totalt 7 personer med trycksår och av dessa har 6 av trycksåren uppstått på boendet. Det var 5 personer som hade trycksår av lindrigaste graden - en hudrodnad, 1 person med epitelskada med blåsa, spricka eller avskavning av huden och 1 person med fullhudsdefekt ner i subkutis men utan djup sårhåla.

De förebyggande och behandlande åtgärder som sätts in är till exempel antidecubitus hjälpmedel, regelbundna vändningar, avlastning, översyn av nutrition och såromläggning. Bidragande orsaker till trycksår kan vara bristen på sjuksköterskor som gör att deras möjlighet att vara ute i det patientnära vården minskar, brist i kunskap bland vård- och omsorgspersonal i att förebygga trycksår samt omsättningen av enhetschefer gör att uppföljning av omvårdnadsarbetet inte blir kontinuerligt. I diagram 1 jämförs resultaten från mätningarna 2018 - 2022.

Diagram 1. Årsjämförelse i andelar mellan 2018–2022 gällande trycksår och andelen av dessa trycksår som uppkommit på boendet inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO



Kontinens

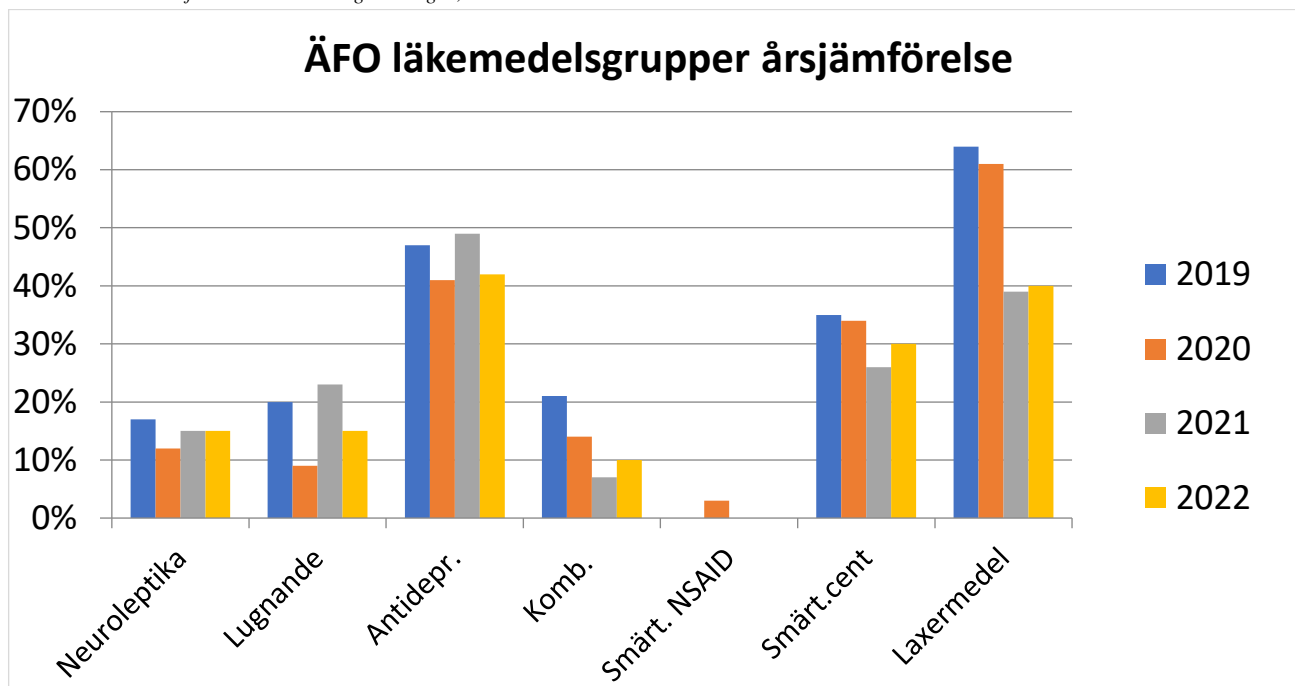
Användandet av inkontinenshjälpmedel har minskat med 25 procentenheter 2022 jämfört med 2021. Användning av kateter har minskat med 3 procentenheter, i antal är det 2 personer färre än 2021. Regelbunden toalettassistans har minskat 2022 till 52% jämfört med 2021 då det var 56%.

Läkemedelsgrupper

På grund av de fysiologiska förändringar som sker när vi åldras blir vissa läkemedelsgrupper olämpliga för äldre att användas. Bland läkemedel som bör undvikas, om inte särskilda individuellt välgrundade skäl finns, räknas de vars användning i hög grad leder till biverkningar hos äldre. De biverkningar som det finns risk för är till exempel påverkan på balans och motorik samt kognitiv förmåga. I kvalitetsmätningen mäts några av dessa läkemedelsgrupper.

I diagram 2 jämförs resultaten från mätningarna 2019 - 2022.

Diagram 2. Årsjämförelse i andelar mellan 2019–2022 gällande ordinerandet av några läkemedelsgrupper inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO



Årsjämförelse mellan läkemedelsgrupperna 2021–2022 visar ett minskat användande av läkemedelsgrupp lugnande och antidepressiva läkemedel. Oförändrat gällande Neuroleptika och i övriga grupper har användandet ökat. Av de som får neuroleptika behandling som samtidigt har en demensdiagnos är det 2022 11% (1 person), där har det skett en minskning med 45 procentenheter jämfört med 2021 då det var 56% (5 personer) men ingen uppföljning var gjord 2022 på den personens neuroleptika behandling. I Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedel sägs att neuroleptika bör reserveras i första hand för psykotiska tillstånd, till exempelvis hallucinationer och vanföreställningar samt att det är viktigt att behandlingen följs upp och inte pågår för länge.

Vi mäter sen 2018 även de läkemedelsgrupper som Socialstyrelsen tittar särskilt på, *Olämpliga läkemedel för äldre*: Antikolinerga¹, Bensodiazepiner², Tramadol³ och Propiomazin⁴. I diagram 3 visas årsjämförelse 2019–2022 för dessa läkemedel.

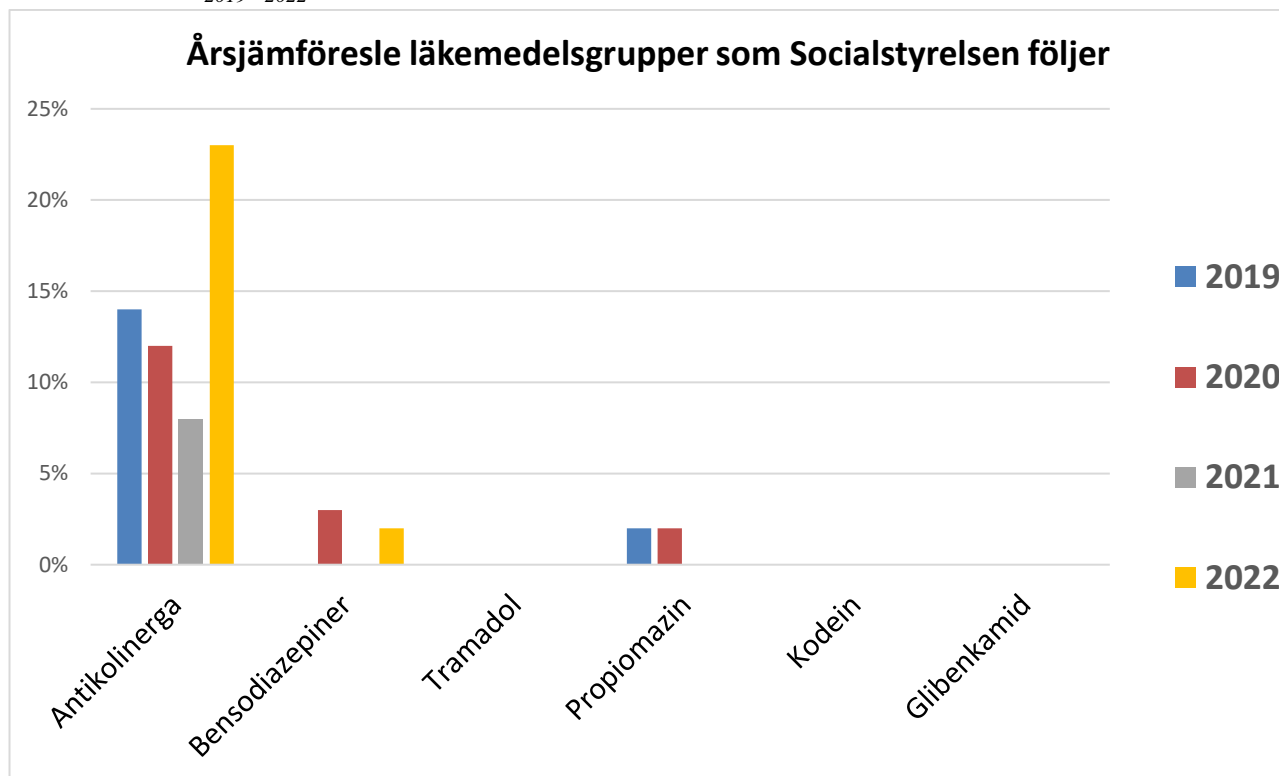
¹ Läkemedel med antikolinerg effekt används av många äldre för att behandla bland annat högt blodtryck, inkontinens och allergi. Antikolinerga läkemedel blockerar effekterna av signalsubstansen acetylkinolin, som bland annat används av vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva funktionerna. Exempel på effekter av antikolinergika är ökad puls, vidgade pupiller, mindre salivproduktion och mindre aktivitet i tarmarna.

² Används mot ångest, oro och sömnproblem.

³ Smärtstillande.

⁴ Sömnläkemedel.

Diagram 3. Årsjämförelse på ordinationer av olämpliga läkemedel enligt Socialstyrelsen mellan åren 2019 - 2022



Antal stående läkemedel

Årsjämförelse mellan 2021–2022 visar att andelen som har ordinerat 1–5 läkemedel har ökat från 25% till 32%, de som har ordinerat 6–9 läkemedel är har minskat från 46% till 35% samt att de som har ordinerat mer än 10 läkemedel har ökat från 23% till 33%.

Läkemedelshantering

Inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO har de flesta dispenserade läkemedel från apotek, så kallade Dospåsar 97%. Endast 6 vårdtagare klarar av att hantera sina läkemedel själva.

Läkemedelsgenomgångar

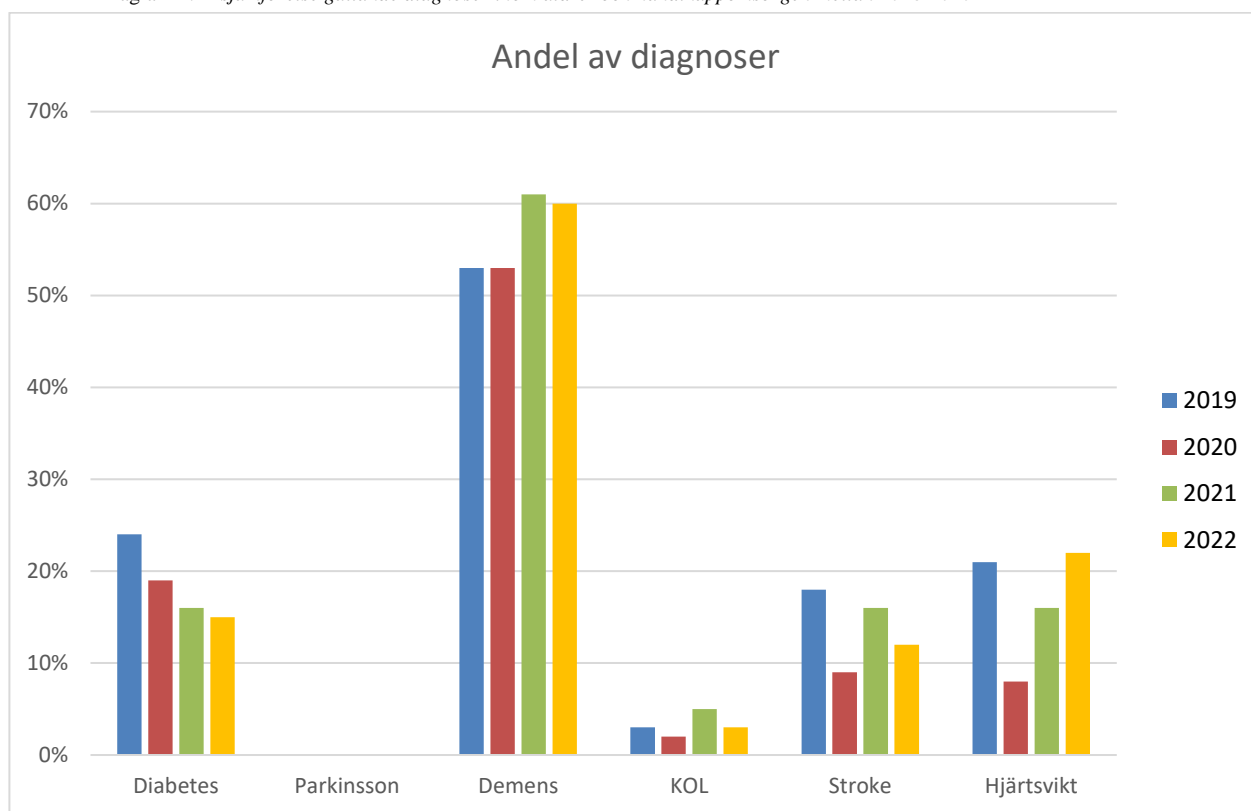
Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt läns rutin, Modell Västerbotten. Under 2022 genomfördes ingen fördjupade läkemedelsgenomgångar jämfört med 2021 då 3 (5%) genomfördes. 2020 var det 59% som fick en fördjupad läkemedelsgenomgång. Läkemedel ordinerar av läkare inom Region Västerbotten. Dialog förs med vårdtagare, läkare, sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal när det gäller insättning, uppföljning och utsättning vid läkemedelsgenomgångar. Om samtycke finns så kan även närstående vara med. En enklare översyn av läkemedel görs av läkare när de konsulteras om problem hos vårdtagaren. Det har varit svårt att få tider med läkare för fördjupade läkemedelsgenomgångar samt att brist på sjuksköterskor har gjort att läkemedelsgenomgångar inte hunnits med att förberedas eller genomföras.

Diagnoser

Årsjämförelse mellan 2019–2022 gällande andelen av de vanligaste diagnoserna inom ÄFO visas i diagram 4. Personer med diagnoserna demens, diabetes, KOL och stroke har minskat något 2022 jämfört med 2021. Personer med hjärtsvikts diagnosen har ökat. Att andelen diagnoser varierar över tid beror på vilka personer som bor på särskilt boende.

Personernas sjukdomar påverkar hur omvårdnaden ska bedrivas samt vilka förändringar som vård- och omsorgspersonalen ska vara observanta på och rapportera till sjuksköterskorna. När vård- och omsorgspersonal inte har denna kunskap finns det risker att sjuksköterska inte kontaktas i tid eller att kontakten uteblir helt med risk för vårdskador. Det finns patientsäkerhetsrisker inom vård och omsorg i Norsjö på grund av kunskapsbrister.

Diagram 4. Årsjämförelse gällande diagnoser inom äldre- och handikappomsorgen mellan 2018-2020



Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder såsom bälte, grensele, bord och sänggrind har minskat i andel jämfört med året före, 18% (11 personer) 2022, 23% (14 personer) 2021. Varje skyddsåtgärd ska följas upp och det ska göras en riskanalys innan det sätts in. Skyddsåtgärd får bara användas om personen ger sitt samtycke. Kvalitetsmätningen visar att riskanalyserna bara är utförda hos 2 personer. Den låga siffran kan bero på att det brister i dokumentationen om att riskanalys är gjord eller att involverade inte vet att riskanalys ska göras.

Samordnad vårdplan

Kvalitetsmätningen visar att andelen som får en samordnad vårdplan har ökat till 62% (37) jämfört med 2021 då det 26% (16 personer). Arbetsterapeut och fysioterapeut kallas till få vårdplaneringar, de blir i stället kontaktade efter planeringen om behov finns för deras kunskaper och åtgärder. Det är svårt att få till tider för vårdplaneringar då det involverar flera personer samt att kontaktman inte alltid förstått sin roll som sammankallande. Struktur för gemensamma träffar sågs över under 2018 för att förbättra kvalitén och ge vägledning till vad de olika träffarna innebär och vem som gör vad. Målet är att alla ska erbjudas minst en samordnad vård- och omsorgsplan per år. Den gemensamma mötesstrukturen behöver lyftas fram i verksamheterna för att kvalitetsarbetet ska bli strukturerat.

Nutrition

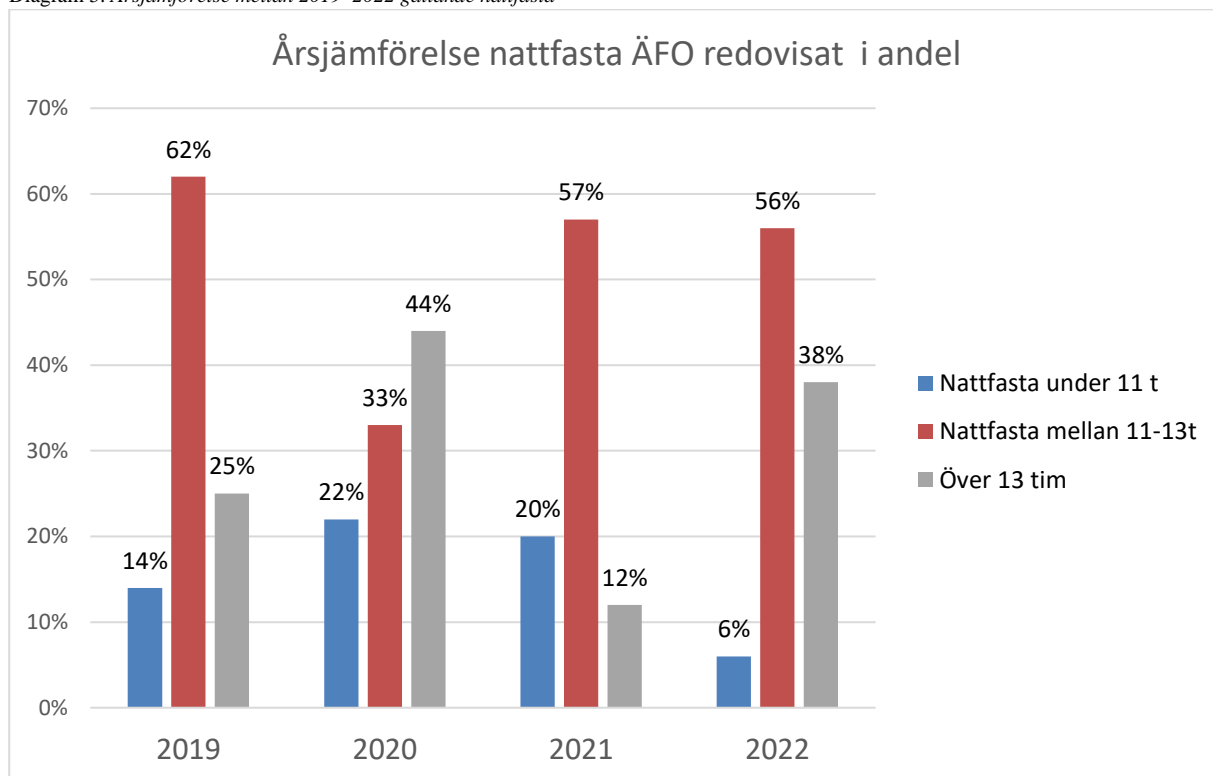
För personer med Body Mass Index, BMI under 22 är andelen oförändrad 2021 och 2022, 12% och BMI över 27 är 37%, vilket har minskat med 2 procentenheter från 2021 till 2022. BMI säger mer när man följer individen än när man jämför generellt. Följs det individuellt kan man se variationer utifrån utgångsläget när de flyttar in.

Äldre personer bör inte ha längre nattfasta än 11 timmar. För att ha kontroll på hur det ser ut i vår verksamhet ska nattfastemätning genomföras två gånger per år. Inom Funktionsnedsättningsomsorgen där har ett boende lämnat in nattfastemätning och på särskilt boende äldre har alla tre boenden genomfört nattfastemätning. Nattfastemätning hösten 2022 visar att 6% en nattfasta under 11 timmar, mellan 11–13 timmar hade 56% och över 13 timmar 38%. Det är oförändrat andel som har 11–13 timmars nattfasta annars har det skett en försämring jämfört med 2021.

Mätningen visar att nästan alla av våra vårdtagare har för lång nattfasta. I diagram 5 visas årsjämförelse mellan åren 2019–2022. Genomsnittlig nattfasta inom ÄFO var 12,40 timmar vid hösten nattfastemätning. Analys visar att vård- och omsorgspersonalen behöver kompetens höjas inom nutritionsområdet.

Det är projektanställt en dietist som har kartlagt nutritionsområdet i nuläget som visar på brister i verksamheterna. Bland annat behöver personalens kompetens inom området hur man kan minska längden på nattfasta höjas.

Diagram 5. Årsjämförelse mellan 2019–2022 gällande nattfasta



Kvalitetsmätning inom hemsjukvården

Kvalitetsmätning inom hemsjukvården utfördes under en vecka (vecka 46). Det var då 47 personer inskrivna i hemsjukvården för olika insatser, en insats är övertagande av läkemedelshantering hos 46 personer. Utöver hemsjukvård utförs tillfälliga insatser i hemmen på hälsocentralens uppdrag, dessa kan vara planerade eller oplanerade uppdrag. Även 1177 kan ringa om tillfälliga uppdrag när hälsocentralen är stängd. Antalet inskrivna i hemsjukvård vecka 46 under åren 2018–2022 redovisades i tabell 6.

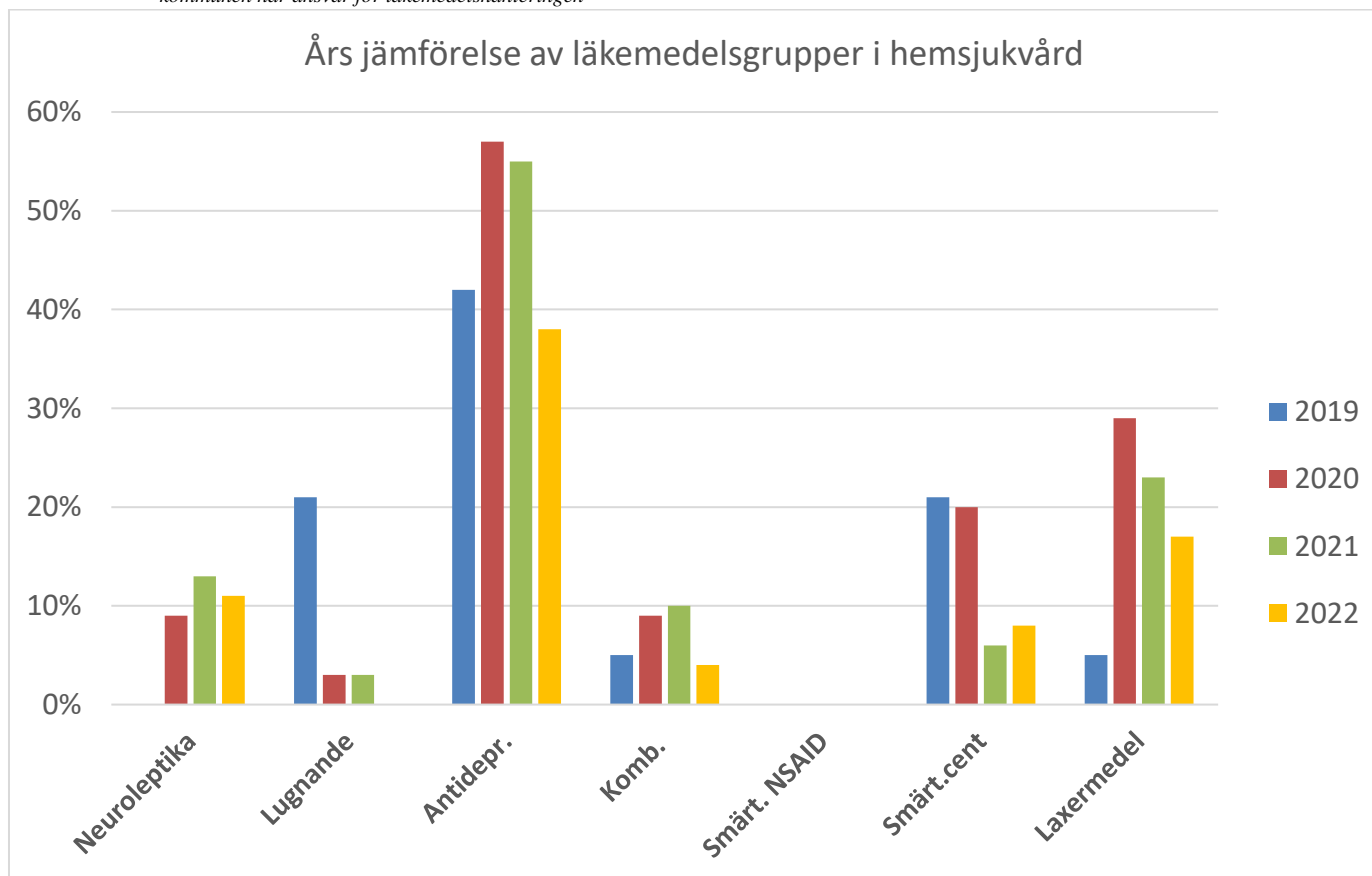
Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel förskrivs till 8 personer, oförändrat sedan 2019. Förskrivningen dokumenteras och följs upp. Kvarliggande kateter, KAD, har 2 personer, minskning med 2 personer jämfört med 2021. Tydlig indikation finns hos dessa och hos 1 är det försökt att avveckla KAD.

Läkemedel

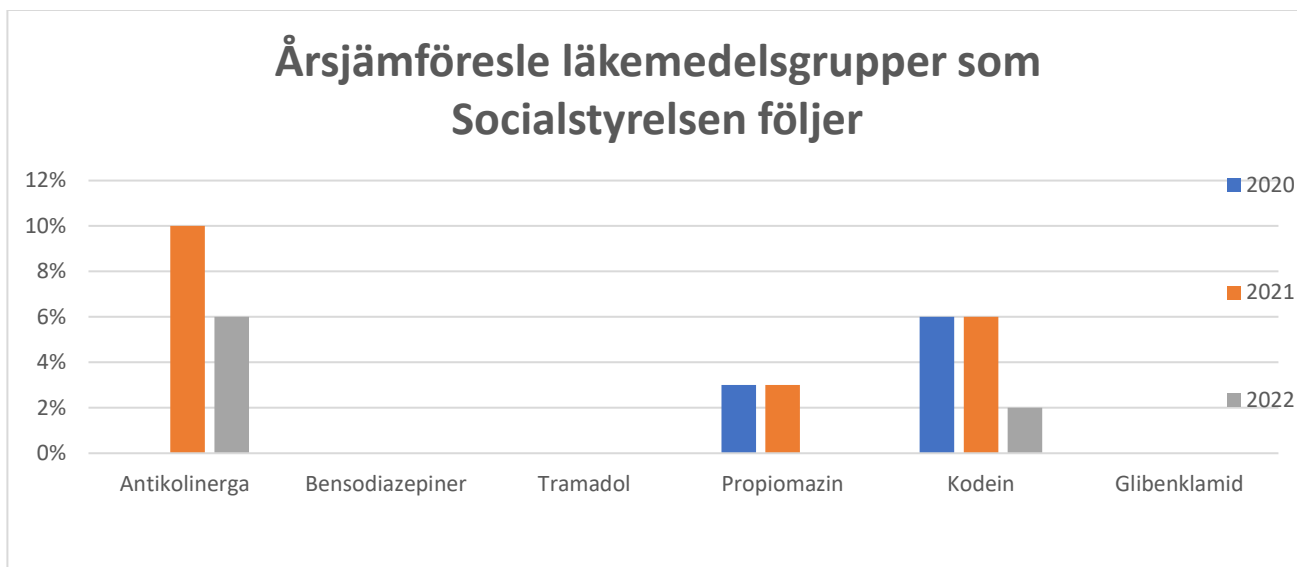
Det är samma läkemedelsgrupper som mäts inom ordinärt boende där kommunen har ansvar för läkemedelshantering som inom särskilt boende. Det är hos 46 personer som hemsjukvården har tagit över läkemedelshantering, och kvalitetsmätningens statistik gällande läkemedel är räknat utifrån dessa 46 personerna. Jämförelse från 2019 till och med 2022 visas i diagram 6. Ingen person har förskrivet lugnande läkemedel eller smärtstillande NSAID. Ökning har skett procentuellt när det gäller smärtstillande med central påverkan. Minskning har skett vid neuroleptika behandling, antidepressiva, kombination av neuroleptika, lugnande och antidepressiva läkemedel samt laxermedel.

Diagram 6. Jämförelse från 2019 till 2022 gällande läkemedelsgrupper inom hemsjukvården, där kommunen har ansvar för läkemedelshandlingen



Gällande de läkemedelsgrupper som Socialstyrelsen benämner som olämpliga läkemedel för äldre är det få som har förskrivna inom hemsjukvården. Antikolinerga läkemedel har 3 personer och Kodein (smärtstillande) har 1 personer förskrivning på. Diagram 7 visar årsjämförelse mellan 2020–2022 på dessa läkemedelsgrupper.

Diagram 7. Jämförelse mellan 2020–2022 av andelen personer inom hemsjukvården som är ordinerade läkemedel som enligt Socialstyrelsen benämner olämpliga läkemedel för äldre



Stående och dispenserade läkemedel

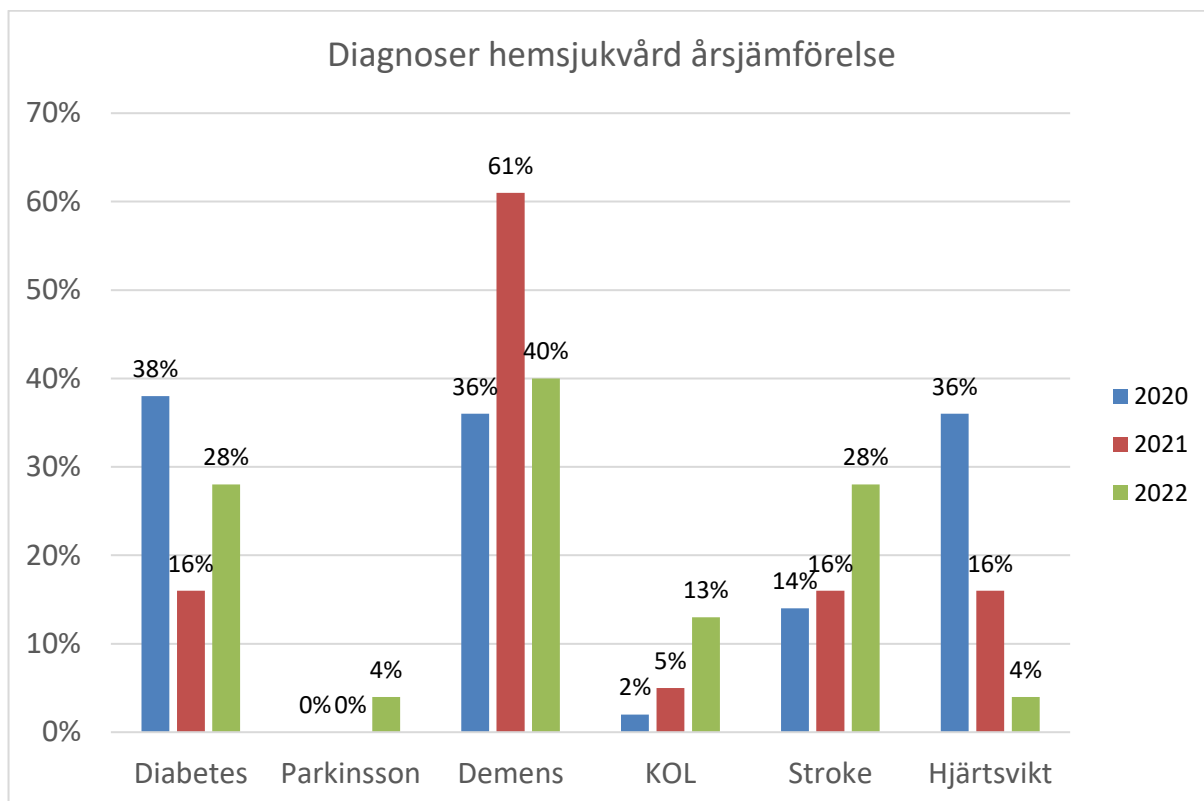
Det har skett en liten ökning i antalet personer som har 1-5 stående läkemedel förskrivna ca 9 personer (19%) 2022 jämfört med 2021 då det var 3 personer (10%). Personer som har 6–9 stående läkemedel 2022 är ca 20 personer (43%) det har ökat i antal från 14 personer (45%) 2021. samt att mer än 10 olika läkemedel har 14 personer (30%) 2022 samma antal som 2021 då det också var 14 personer (45%).

De flesta personerna har dosdispenserade påsar från apotek 79% övriga får läkemedlen delade i dosett. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har inte genomförts på grund av få läkartider för läkemedelsgenomgångar samt att det varit sjuksköterskebrist.

Diagnoser

Andelen personer inskrivna i hemsjukvård med diagnoserna Diabetes, Parkinson, KOL och Stroke har ökat 2022 jämfört med 2021. Andelen personer med diagnoserna demens och hjärtsvikt har minskat. Årsjämförelse för 2020 till 2022 visas i diagram 8.

Diagram 8. Jämförelse från 2020 till och med 2022 som visar andelen av vissa diagnoser när det gäller personer inskrivna i hemsjukvården



Nutrition

Body Mass index, BMI finns det inget resultat för inom hemsjukvården 2022. Hos de personer som har kommunal hälso- och sjukvård för nutritionsproblem ska vikt följas samt kostintag, utifrån behov sätts individuella åtgärder in samt att det finns möjlighet till dietistkonsultation.

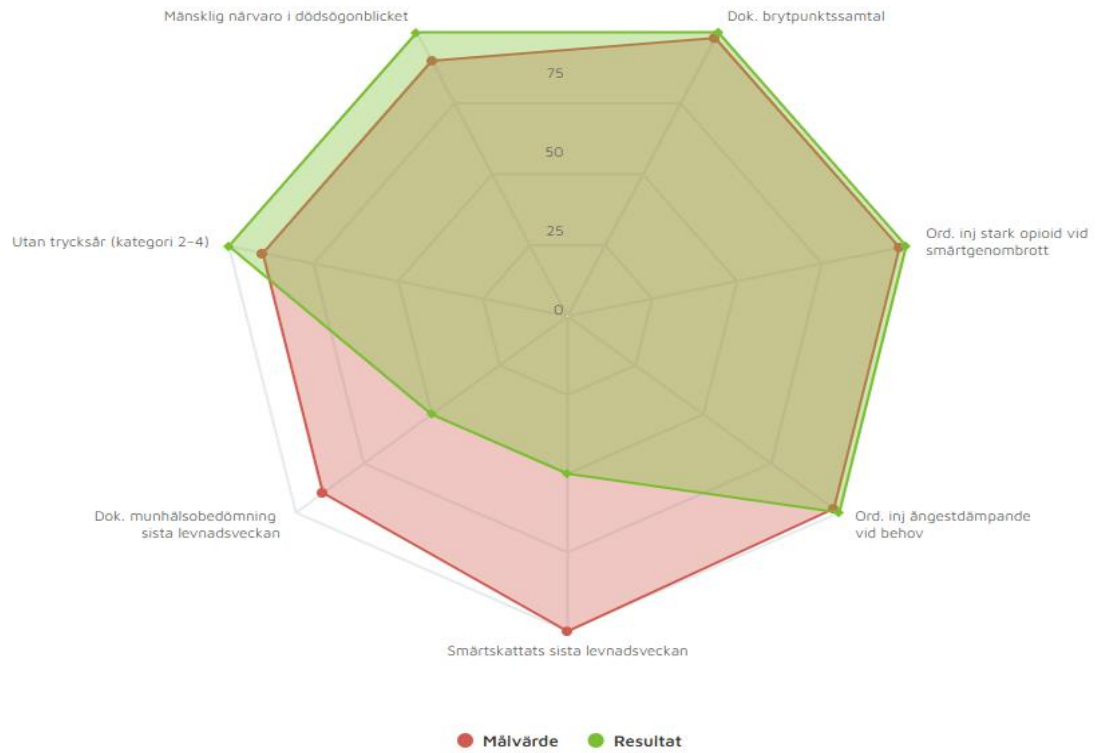
Kvalitetsregister

Svenska Palliativregistret

I spindeldiagrammet nedan visas resultat från palliativ registret och deras kvalitetsindikatorerna för 2022. En förbättring kan ses 2022 jämfört med 2021 gällande alla kvalitetsindikatorerna. I tabell 7 visas resultat för 2022 jämfört med 2021.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Tabell 7. Kvalitetsindikatorer januari - december 2021 - 2022. Data för personer avlidna i Norsjö kommun boende inom särskilt boende, korttidsboende, eget hem med stöd av allmän palliativ hemsjukvård

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2021	Resultat 2022
Dokumenterat brytpunktssamtal	98,0	94,1	100,0
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0	100,0
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	98,0	100,00	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	47,1	50,0
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	23,5	50,0
Utan trycksår (kategori 2–4 Nortonskalan)	90,0	100,00	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,00	100,0

Källa: Utdata från Svenska Palliativregistret

Kommunens hälso- och sjukvårds mål för 2023

MÅL 1:

Antal fall bland personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser minskar.

Aktivitet/strategi:

Det fallförebyggande arbetet ska fortsätta och bli en del i det dagliga arbetet för att minska fallskador.

Datakälla:

Inkomna fallrapporter om fall från äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen. Statistik sammanställs årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

Mål 2:

Dokumentationen i LifeCare ska bli mer överskådlig och samstämmig.

Aktivitet/strategi:

Tid behöver avsättas för införande av att skriva hälsoplan, frastexter samt upprättande av dokumentationsmallar som ska underlätta dokumentationen i LifeCare samt fortsatt lämna in förbättringsförslag till LifeCare utvecklare. Extern utbildning kan bli aktuell.

Utbildning som Socialstyrelsen har utarbetat för Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF ska personalen inom medicinska enheten genomföra.

Datakälla:

Följa upp att hälsoplan är implementerat.

Följa upp att frastexter införts i LifeCare vid årets slut.

Följa upp att det finns dokumentationsmallar upprättade. Följa upp antalet mallar vid årets slut.

Följa upp hur många som gått Socialstyrelsens utbildning kontinuerligt under året och sammanställa vid årets slut.