

Resultat från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2024.

Intern läkemedelsgranskning

MAS kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Mål: Att med kvalitetsgranskningar bibehålla eller öka kvalitet och säkerhet inom området.

Resultat: Under året har oanmälda kontroller utförts på kommunens särskilda boenden för äldre. Resultatet visar att generellt sett är hanteringen av läkemedel är god. Vissa brister inom internkontroll för städning och hållbarhetskontroll ses. Resultat har förmedlats till personal på respektive enhet samt enhetschef.

Analys: Brister inom internkontroller sågs främst på Kyrkvägen 4. Orsak till detta kan vara bristande implementering av befintliga rutiner i kommunens verksamheter.

Generellt uppvisar medarbetare god kompetens inom delegeringsansvaret.

Åtgärd: Under året utförs utbildningsinsatser utförts för att rutiner kring läkemedelshantering ska följas. Arbete pågår även att förändra kommunens delegeringsprocess som förväntas leda till ökad kompetens hos utförarpersonal. Arbetet med delegeringsprocessen planeras vara klar till våren 2025.

Uppföljning av åtgärd: Vid kommande kvalitetsgranskning.

Journalgranskning

MAS kontroll av dokumenterade läkemedelsgenomgångar i patientjournal

Bakgrund: Läkemedelsgenomgångar är ett läkaransvar och i samverkan med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och delaktig patient används ett validerat symtomskattningsdokument (PHASE-20) för att identifiera orsaker som kan ha samband med läkemedelsbehandling. Detta bidrar till att patienter får korrekt läkemedelsbehandling utifrån dennes hälsotillstånd. Symtomskattning bidrar även till analys av olämpliga läkemedel. För att mäta utförandet används KVÅ-koder

(KVÅ-kod: klassifikation av vårdåtgärder som ska rapporteras till Socialstyrelsens hälsodataregister).

Resultat: Journalgranskningar inom äldreomsorgen och statistikuttag av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) koder visar att läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras. Socialstyrelsens statistikdatabas över KVÅ visar att Valdemarsviks hälso- och sjukvård registrerat 27st koder för läkemedelsgenomgång mellan januari och maj 2024.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Resultat påvisar att läkemedelsgenomgångar utförs, dock inte i önskad utsträckning. Vid intervju med sjuksköterskor ges bilden att genomgångar utförs i större utsträckning än vad statistik visar. Orsak kan vara att dokumentation sker under bredare KVÅ-koder

Uppföljning: Fortsatta uppföljningar under 2025 med statistikuttag av KVÅ koder samt journalgranskningar. Återkoppling till legitimerad personal planeras att göras i samband med statistikuttag.

Extern läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen enligt avtal. Apotekare besöker enheter och hela läkemedelskedjan kontrolleras. Genom en extern granskning kan strukturella brister upptäckas men också ge kvitto på att rutiner och arbetssätt är korrekt utformade.

Resultat: Planering av extern läkemedelsgranskning har senarelagts och kommer ske under januari 2025.

Åtgärd: Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala åtgärdsplaner och rutiner och MAS kompletterar direktivet för läkemedelshantering.

Uppföljning av åtgärd: Vid årlig kvalitetsgranskning.

Hygienmätningar 2024

Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

Mål: Att öka resultat och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner.

Bakgrund:

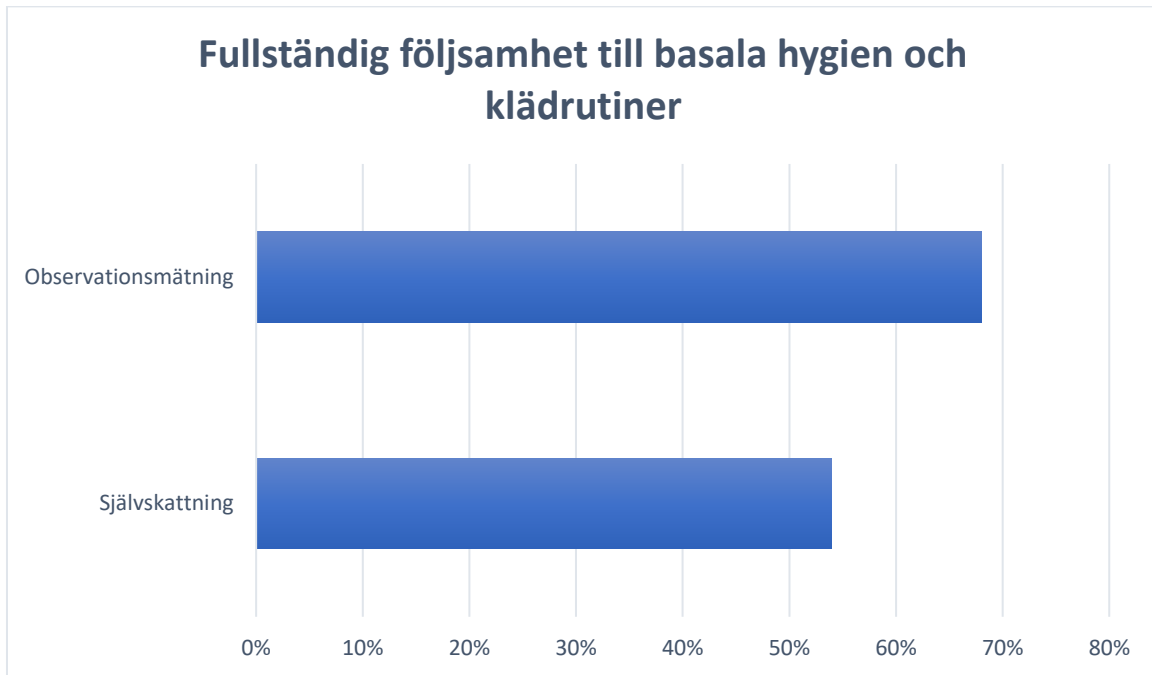
SKR nationella punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner har avslutats.

I kommunens egenkontroll självskattar varje medarbetare sin följsamhet till ett smittförebyggande arbetssätt genom att analysera hur man agerar i en vårdssituation. Inhämtningen av självkattning har övergått till digitalt förfarande för att öka deltagandet. Därefter genomförs en observationsmätning av utsedd medarbetare på enheten. Tanken är att få en rättvis bild över hur följsamheten till basala hygien- och klädrutiner ser ut i det dagliga arbetet. Resultaten blir grund till förbättringsarbete på enhetsnivå

Resultat:

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Antal deltagare i självskattning	136 st
Antal observerade individer	60 st



I självskattning framkommer det att 96% av respondenterna vet var hygienrutiner finns.

Analys: Genomgång av observationsmätning ses att följsamheten till klädrutiner (Korrekt arbetskläder, uppsatt hår, utan smycken samt korta naglar) är 89% vilket bedöms som hög. Hygienrutiner (Handsprit, handtvätt och skyddsmaterial) är följsamheten 57%.

Möjliga orsaker till lägre följsamhet till hygienrutiner kan bero på bristfällig tillgänglighet av material i vårdnära situationer.

Åtgärd: Mätningarna fortsätter under 2025 så att kunskap och följsamhet upprätthålls samt följs upp på ett systematiskt och enhetligt sätt. Åtgärder inför 2025 är följande:

- Genomföra hygienmätningar och eventuellt utöka frekvens av mätningar på enheter där observationsmätning är mycket låg.
- Stärka hygienombudens roll på enheterna.
- Ta fram utbildningsmaterial inom vårdhygien som kan användas på APT:er eller andra sammankomster för att öka kompetens.

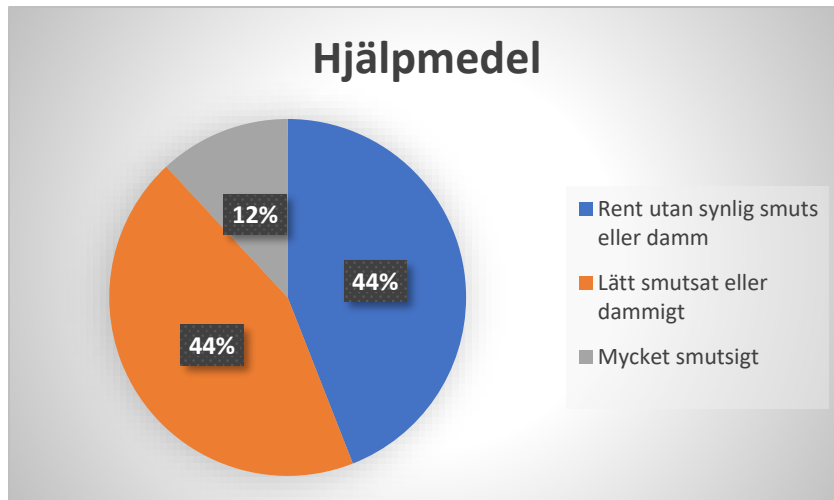
Vårdhygien-hjälpmiddel

Mål: Att det inte ska finnas mycket smutsiga hjälpmedel på kommunens boenden.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Hygienmätning på hjälpmedel hösten 2024

Antal kontrollerade hjälpmedel: 84



Smutsiga hjälpmedel kan bidra till slitage på hjälpmedel vilket ökar risken vid användandet av hjälpmedel samt en ökad smittspridning. Trivsel och välmående vid användandet av hjälpmedel ökar för patient såväl som personal. Vid mätning 2024 observerades totalt 84st hjälpmedel. Mätningen i diagrammet ovan visar att andelen Mycket smutsiga hjälpmedel ökat från 6% till 12% från föregående år. Andelen rena hjälpmedel är oförändrad på 44% medan lätt smutsiga eller dammiga hjälpmedel sjunkit från 50% till att nu utgöra 44%.

Analys: Det finns kunskap och dokument som stöd. Det som återstår att arbeta vidare med är att säkerställa att det finns lokala rutiner samt följsamhet till dessa.

Uppföljning av åtgärd:

- Observationsmätningar planerar att fortsätta under 2025.
- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa.

Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

Mål: Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser.

Reslutat: Mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination. Någon ny mätning har valts att inte presenteras för 2024 då tvåfaktorsinlogg utöver mobilt bankID ej funnits under större delen av året. Införskaffande av tvåfaktorsinlogg har nu genomförts och under 2025 planeras mätning av följsamhet till rehabiliteringsinsatser att utföras.

Analys: Följsamheten till rehabiliteringsinsatser förväntas vara betydligt högre än tidigare papperssigneringar. Detta har setts i andra kommuner med digital signering.

Åtgärd: Baslinjemätning av digital signering behöver utföras under 2025 för att säkerställa att patienter erhåller samtliga ordinerade rehabiliteringsåtgärder och därmed en god och

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

säker vård.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

Resultat: Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning. På särskilt boende för äldre hade 2 av 68 patienter trycksår 2024. Detta innebär att 2,9% hade trycksår vid tidpunkten för mätning, räknat på antal / platser. Båda patienterna med trycksår hade pågående åtgärdsplaner. På kommunens SÄBO har andelen med trycksår vid 2024 PPM (2,9%) har minskat gentemot 2023 (4,9%). I övriga Sverige på vård- och omsorgsboende enligt statistik från 2023 låg andelen med trycksår på nästan 6,4%.

Analys: Resultatet visar på att vi arbetar väl med att behandla och förebygga trycksår. De nya upphandlade madrasserna med tryckavlastning upp till sårgrad 4 kan också ha varit bidragande.

Åtgärd: Mätningar planeras att fortsätta under 2025.

Senior Alert och munhälsa

Tandvårdsgruppens presentation i oktober 2024.

Resultat till och med 2024-09-30

Bakgrund: Tandvårdsgruppen inom Region Östergötland ansvarar för att erbjuda munhälsobedömningar till personer som har fått beviljat nödvändig tandvård. Intygen utfärdas av leg. Sjuksköterska eller biståndshandläggare i kommunen. Kommunens medarbetare erbjuds även årlig utbildning av tandhygienist. 2024 gick Valdemarsviks kommun in i nytt avtal med folktandvården gällande uppsökande tandvård.

Resultat: Valdemarsviks andel utförda munhälsobedömningar (mhb) ligger på 52% fram till 240930 inom särskilt boende. År 2023 låg resultatet på 99% inom samma område.

2024 ligger andelen utförda mhb i ordinärt boende på 0% och föregående år 57%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

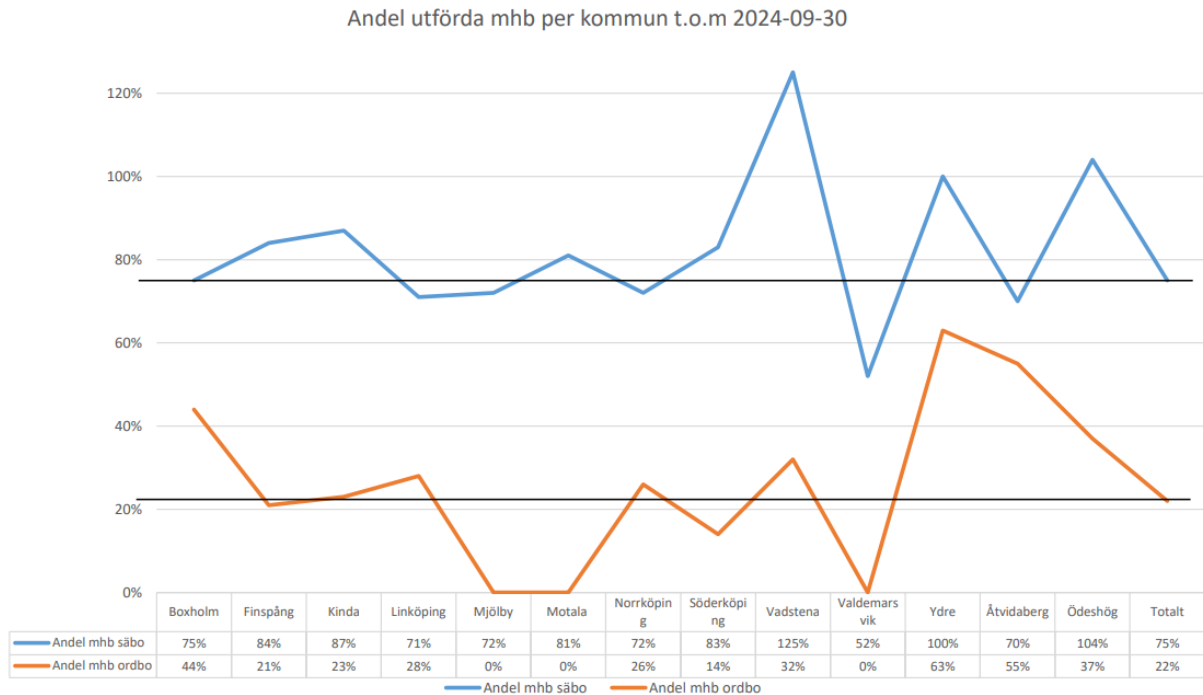


Diagram: Andel utförda munhälsobedömningar, utförda utifrån de personer som är berättigade till nödvändig tandvård samt tackat ja till mhb.

Andel utbildad omvårdnadspersonal i Valdemarsviks kommun t.o.m 240930 är 0%. År 2023 låg resultatet på 41%

Analys: Resultat lägre än föregående år. Orsak kan vara att nytt avtal inletts och att folktandvården ej kunnat tillgodose kravspecifikationen som angivits i avtalet.

Åtgärd:

- Fortsatt samverkan med tandvårdsenheten.

Palliativregistret

Bakgrund: Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården oberoende av diagnos, vem som utför vården samt att använda resultaten för att mäta, förbättra och följa upp kvalitet i vården.

Sedan 2011 används kvalitetsregistret och kommunens sjuksköterskor dokumenterar vård i livets slut för alla personer som avlider på SoL och LSS boenden, har hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård.

Registerdata granskas regelbundet.

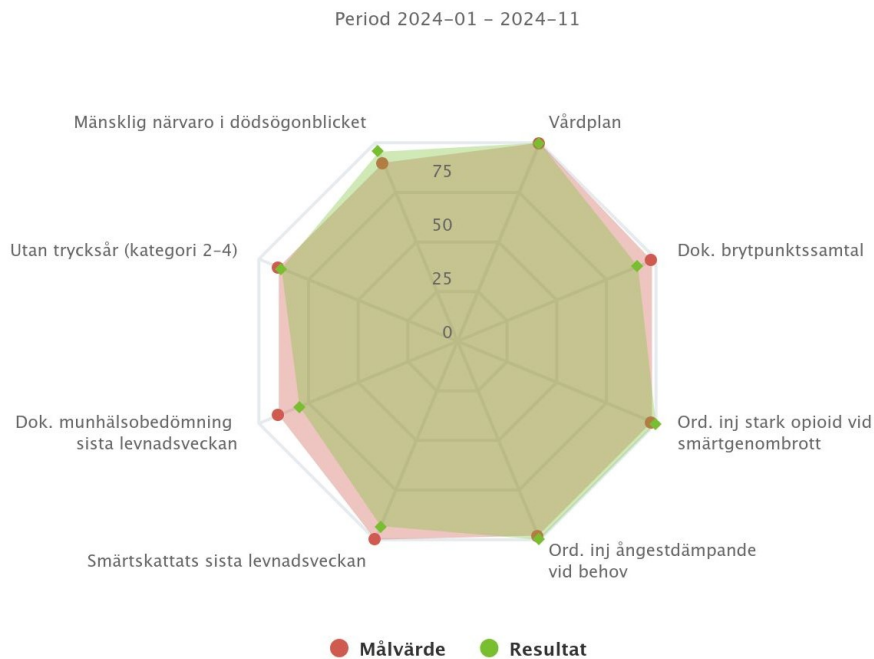
Mål: Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

Resultat 2024 Valdemarsviks kommun

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Antal registrerade dödsfall 44 st.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



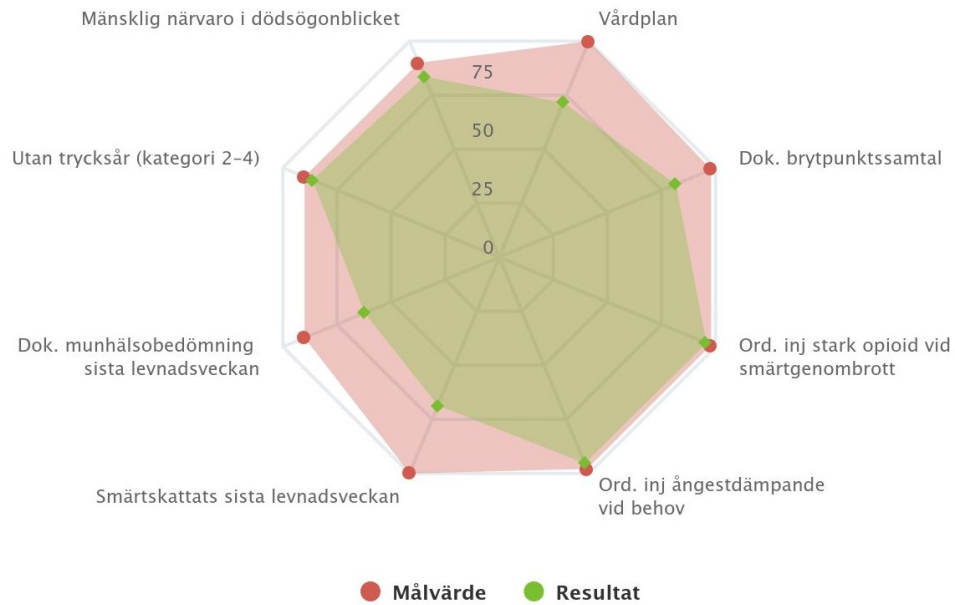
<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	100,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	91,5
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	76,6
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	85,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	93,6

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Resultat 2024 Riket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 – 2024-11



<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Vårdplan	100,0	71,6
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	68,5
Dok. munhälsobedömnings sista levnadsveckan	90,0	62,2
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	86,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,6

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Resultat likvärdigt från föregående år. Fortsatt lågt på dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Vid intervju med sjuksköterskor utförs munhälsobedömningar i stor utsträckning, dock dokumenteras inte detta alltid av legitimerad personal. Under året har arbetet med palliativa ombud ökat vilket på sikt bidrar till kompetensökning hos omvårdnadspersonal. Samverkan med östra länsdelen har skett under året för att arbeta mer systematiskt inom exempelvis dokumentation inom palliativ vård.

Vid jämförelse mot riket ligger Valdemarsviks kommun högre inom majoriteten av områden.

Åtgärd:

Fortsatt samverkan med andra kommuner för att utveckla det palliativa arbetet.

Fortsatt arbete med palliativa ombud på varje enhet för att säkerställa kompetens.

Implementera modul i verksamhetssystem som standardiserar dokumentation och ger förslag på åtgärder som ska utföras i palliativ vård. Detta medför att exempelvis munhälsobedömningar och smärtskattningar kan planeras in vid uppstart av hälsoplan.

Uppföljning av åtgärd: Analys av resultat i palliativregistret ska följas kontinuerligt under 2025.

Senior alert

Bakgrund Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stödja vårdprevention inom områdena: risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen. Hälsoplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada.

Mål: Säkerställa att vårdpreventivt arbete utförs inom områden fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Att arbetet sker multiprofessionellt.

Resultat 2023

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	
	Valdemarsviks kommun	82	95% 113 av 119	89% 101 av 113	96% 109 av 113	67% 95 av 142
	Trycksår	33% 39 av 119	100% 39 av 39	100% 39 av 39	68% 39 av 57	
	Undernäring	61% 72 av 119	94% 68 av 72	100% 72 av 72	71% 70 av 98	
	Fall	90% 107 av 119	93% 99 av 107	98% 105 av 107	73% 93 av 127	
	Munhälsa	56% 53 av 94	89% 47 av 53	96% 51 av 53	66% 49 av 74	

Resultat 2024

	Vårdprevention				
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Kommunövergripande	89	91% ↓ 117 av 128	86% ↓ 101 av 117	97% ↑ 113 av 117	73% ↑ 68 av 93
Enhetsnivå	33	93% ↑ 43 av 46	79% ↑ 34 av 43	95% ↑ 41 av 43	73% ↑ 22 av 30
	17	75% ↓ 24 av 32	96% ↓ 23 av 24	100% ↔ 24 av 24	96% ↑ 25 av 26
	24	100% ↑ 27 av 27	81% ↔ 22 av 27	96% ↑ 26 av 27	20% ↓ 2 av 10
	15	100% ↔ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	100% ↑ 22 av 22	70% ↑ 19 av 27

Resultat: Andelen med risk presenteras för respektive område, se ovan. Under 2023 fanns en projektgrupp gällande Senior Alert i syfte att förbättra det vårdpreventiva arbetet. 2023 visade ett bra resultat och en tydlig förbättring gentemot 2022. Under 2024 har ingen projektgrupp funnits. Resultaten från 2024 visar på sin helhet bra resultat men stora skillnader på enhetsnivå.

Analys: Följsamheten och det systematiska arbetssättet har i stora drag fortlöpt över de flesta enheter men fallit bort på enstaka enheter. Tänkbara orsaker till att det inte fungerat är sannolikt personalkontinuitet där personer har slutat, inhyrd personal har ersatt samt att man inte vidtagit någon konkret åtgärdsplan.

Åtgärd: Hitta arbetssätt med kvalitetsregister som är hållbara över tid. På så vis kan man uppnå ett systematiskt arbetssätt som är preventivt, kvalitetssäkrande och utvecklande.

BPSD- Resultat 2024 inom området demens

Bakgrund: BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna för demens. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Framtagna handlingsplaner bidrar till en minskning av beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppkomma vid demenssjukdom. Genom att använda ett systematiskt arbetssätt bidrar verksamheten till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

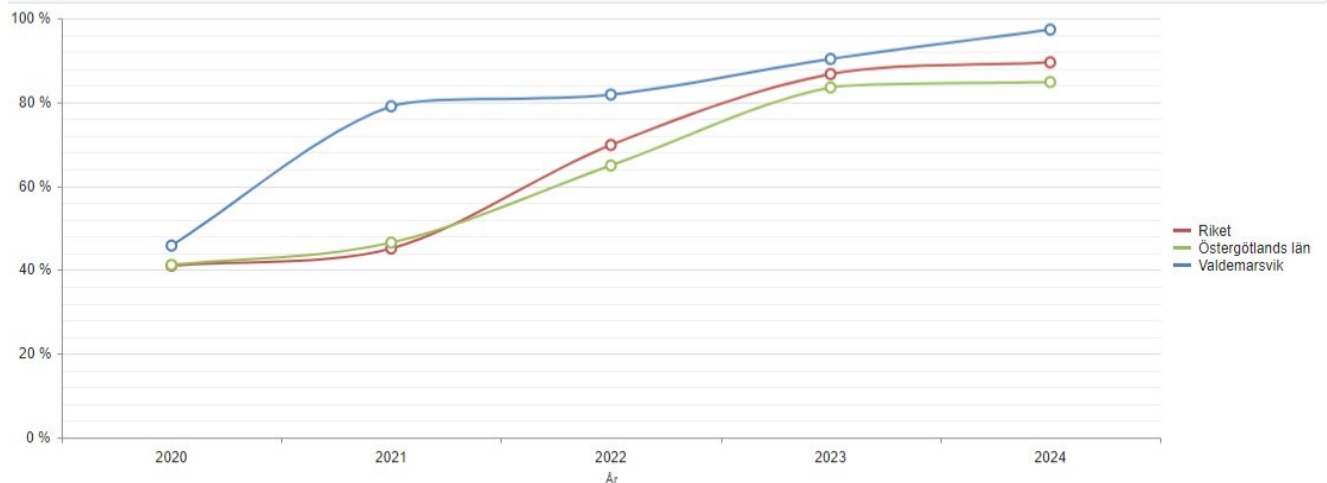
Mål: Att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet samt öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

Resultat: Statistik presenterat nedan är inhämtat 2025-01-02

År	Antal personer	Antal registreringar	*NPI-Poäng
2020	26	26	
2021	35	39	23,78
2022	48	67	20,47
2023	51	65	21.2
2024	52	73	~28

* Neuropsychiatric Inventory (NPI) skala utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD), låga poäng eftersträvas. (Maxpoäng 144). Genomsnitt på senaste registreringen.

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).

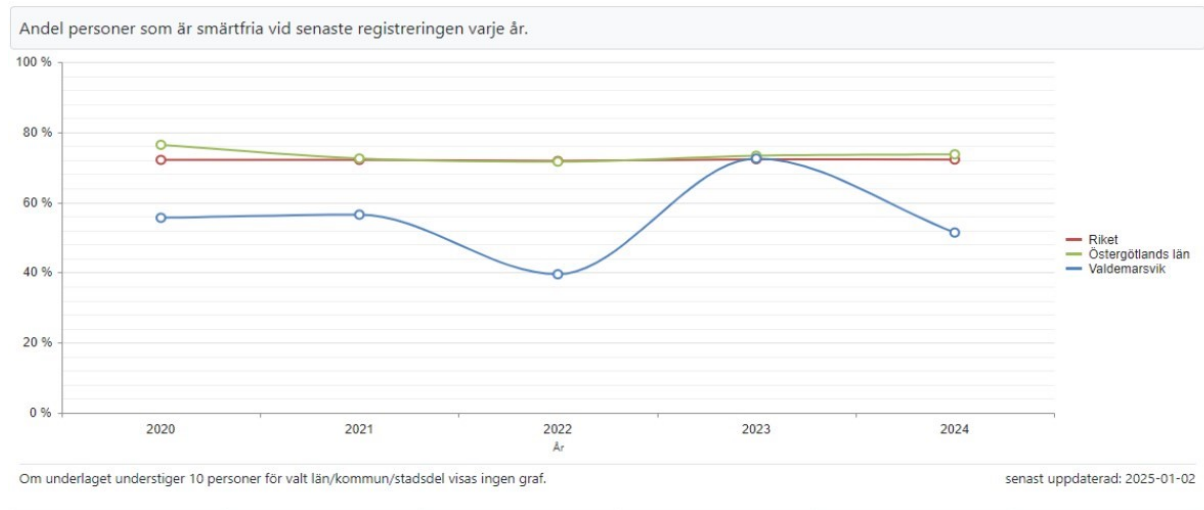


Om underlaget understiger 5 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2025-01-02

Resultatet ovan visar att Valdemarsvik fortsätter att förbättra det multiprofessionella arbetssättet med skattning av bakomliggande faktorer samt att ta fram åtgärder. 71 av 73 registreringar dvs 97,3% har bestått av ett multiprofessionellt team 2024. Detta kan jämföras med 2023 då strax över 80% registrerades multiprofessionellt. Snittet i Östergötlands län och riket uppgick 2024 till 84,8% respektive 89,5%.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024



Under 2024 skattades 51,4% som smärtfria mot cirka 75% smärtfria 2023. Resultatet är en försämring mot föregående år och ligger cirka 20-25% under snittet för riket och Östergötlands län.

Svedem

Bakgrund: SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som syftar i att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demensvård och omsorg.

Resultat:

2023	2024	Socialstyrelsen målvärde
Antal uppföljningsregistreringar utförda: 30st	Antal uppföljningsregistreringar utförda: 10st	
Andel levnadsberättelse 83,3%	Andel levnadsberättelse 70%	över 98%
Andel miljöanpassningar 70%	Andel miljöanpassningar 90%	över 98%
Andel strategier för bemötande 96,7%	Andel Strategier för bemötande 100%	över 98%
Andel tillgång till personcentrerade aktiviteter 83,3%	Andel tillgång till personcentrerade aktiviteter 100%	över 98%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Andel med antipsykosläkemedel 6,7%	Andel med antipsykosläkemedel 20%	Under 5%
Läkemedelsgenomgång inom 12 mån 100%	Läkemedelsgenomgång inom 12 mån 100%	

Resultat: Det finns påbörjade uppföljningsregistreringar som ej slutförts och därmed ej syns i årets resultat. Omvårdnadspersonal har ej haft SITHS-kort för att själv kunna slutföra registreringarna.

Analys: Då endast 10 uppföljningar har utförts så är det svårt att dra några slutsatser. Resultaten är inte nödvändigtvis representativt för alla kommunens SÄBO. Resultaten visar även på stora förändringar, positivt som negativt mot föregående år vilket sannolikt har att göra med antalet uppföljningsregistreringar.

Åtgärd:

Sträva efter att SveDem fortsätter användas och att uppföljningsregistreringarna ökar samt att Valdemarsviks kommun närmar sig Socialstyrelsens målvärde.

Samverkan mellan Valdemarsviks kommun och Region Östergötland Avvikelse mellan vårdgivare samt förbättringsåtgärder för ökad patientsäkerhet

Mål: Att fortsatt skicka och återkoppla avvikelser vid brister i egen eller extern verksamhet. Att utveckla samverkan mellan vårdgivare så att avvikelser inte upprepas.

Resultat:

Avvikelse mellan vårdgivare: Valdemarsviks kommun och Region Östergötland slutenvård och öppenvård.

År	Skickade avvikelser	Inkomna avvikelser
2021	19	17
2022	28	3
2023	10	7
2024	25	9

Analys av resultat:

Majoriteten av avvikelser som skickas mellan vårdgivare är i samband med in- och utskrivningsprocessen. Utskrivning från sjukhus och förflyttning av patienter mellan vårdgivare är ett riskmoment och ofta brister uppstår. Exempel kan vara bristande

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

överslaggning.

Åtgärd:

Fortsätta uppmärksamma och synliggöra brister som uppstår mellan vårdgivare.

Avvikelse inom det egna vårdgivaransvaret.

Avvikelse Läkemedel och Fall

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör läkemedel och fall.

Läkemedelsavvikelse 2024

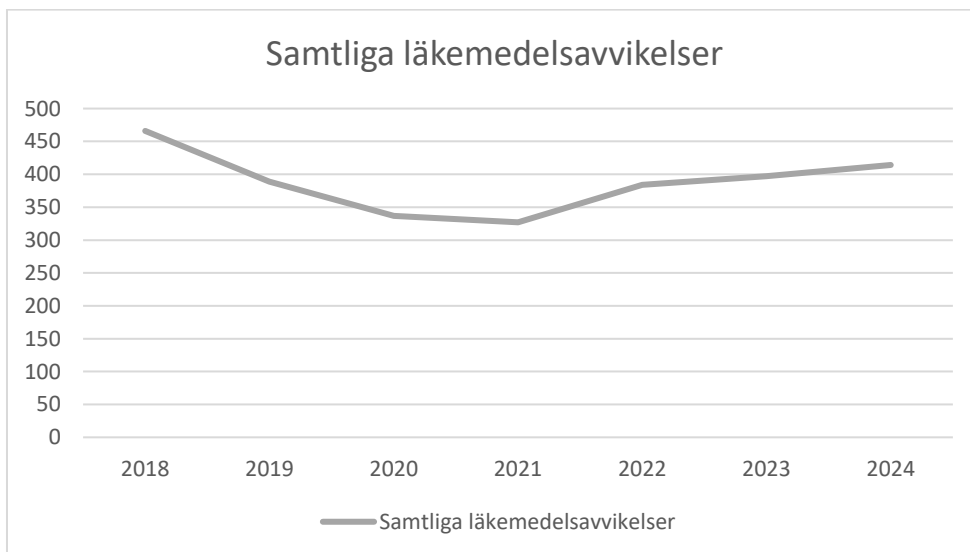
Mål:

- Minska antalet avvikelser som är relaterade till läkemedelshantering.
- Alla enheter identifierar avvikelsernas brister och kvalitetssäkrar orsaken till avvikelserna.

Resultat:

Avvikelse läkemedel

Läkemedel	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2022	384	+ 57 avvikelser	+ 17.4%
2023	397	+ 13 avvikelser	+ 3,4%
2024	414	+ 17 avvikelser	+ 4,1%



Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2024

Analys: Den största andelen läkemedelsavvikelser berör glömda doser. Under 2024 utgör andelen glömda doser 48,6% av samtliga inkomna avvikelser. Detta är en ökning från föregående år.

De enheter som arbetar med digital signering minskar antalet glömda doser. Ett exempel är korttidsboende där glömda doser 2023 var 35 st. 2024 har 9 st glömda doser registrerats.

Många enheter inom kommunen har förutsättning för digitalt arbetssätt gällande läkemedel men är ännu inte ett formellt arbetssätt. Detta på grund av bristfällig implementering samt avsaknad av lösningar för autentisering. Kommunal lösning av autentisering finns sedan hösten, och implementering pågår i verksamheterna. De enheter som använder digitalt arbetssätt har längre antal glömda doser kontra de enheter där användningen är låg.

Ytterligare digitalt stöd vid läkemedelshantering är läkemedelsautomater. Under hösten 2024 har implementering påbörjats. Läkemedelsautomater bidrar till ökad självständighet hos användaren, samtidigt som delar inom läkemedelshanteringen kan säkerställas.

Antal avvikelser kopplat till antal patienter och antal tillfällen när läkemedel ges

Det faktiska antalet avvikelser som registreras i verksamhetssystemet är ett sätt att mäta ökning och minskning, men det är viktigt att även belysa antalet läkemedelsavvikelser utifrån antalet patienter som fått hjälp med sina läkemedel och hur många gånger läkemedel ges under ett år. Redovisningen nedan visar antal administreringstillfällen under ett år. Redovisningen är beräknad på antal boendeplatser (SoL och LSS), dag/daglig verksamhet samt antal personer som har stöd med läkemedelshantering i ordinärt boende.

Avvikelser läkemedel	År	Antal patienter som har hjälp med läkemedel	Antal ggr/dag som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal ggr/år som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal läkemedelsavvikelser/dag
	2020	185	555	202 575	0.92
	2021	190	570	208 050	0.89
	2022	221	663	241 995	1.05
	2023	250	750	273 750	1.08
	2024	253	759	277 035	1.13

Åtgärd:

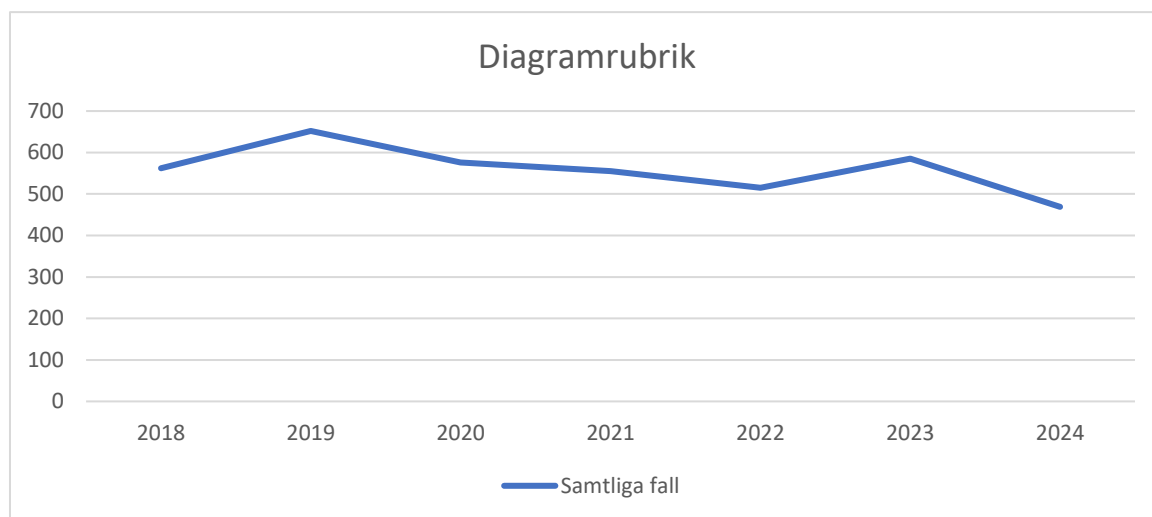
- Införa digital signering som formellt arbetssätt inom kommunens verksamhet. Arbetet är långsiktigt och kommer kräva tid för att säkerställa patientsäkerheten under införandet.
- Enhetschefer säkerställer korrekta arbetsscheman, så att det finns delegerad personal på varje hembesök där läkemedel ska ges.

Fallavvikelser 2024

Ett fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller inte. Detta skall leda till att en avvikelse skrivs.

Mål: Att fortsätta arbeta aktivt med fallförebyggande åtgärder samt minska risk för vårdskada i samband med fall.

Resultat: Fallriskbedömning är tänkt att genomföras via Senior alert regelbundet 6:e månad på särskilt boende. Senior Alertbedömning erbjuds även personer inom LSS samt på korttidsboendet. I ordinärt boende är målet att fall för första gången ska leda till ett kostnadsfritt fallpreventivt hembesök och att övriga fall utreds av legitimerad personal. En annan del av det fallförebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Det innebär att samtliga personer som ansöker om trygghetslarm skall erbjudas ett fallpreventivt hembesök. I och med detta finns det möjlighet att i ett tidigt skede kunna komma i kontakt med personer med ökad fallrisk och tidigt kunna erbjuda fallförebyggande insatser.



Fall	Antal avvikelser	Förändring mot föregående år	% förändring mot föregående år
2020	576		
2021	555	-21 avvikelser	-3.65%
2022	515	-40 avvikelser	-7.21%
2023	585	+70 avvikelser	+12%
2024	469	-116 avvikelser	-19,8%

Åtgärd: Fortsätta erbjuda fallpreventiva hembesök i ordinärt boende.