



Lekebergs
kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Lekebergs kommun År 2024



2025-02-24

Micaela Larsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Sara Brorsson Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer SON 25–19

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 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”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Nämndmål	6
Internkontroll	6
Måluppfyllelse	6
Övrig egenkontroll	7
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler	12
HALT-mätning	12
Kvalitetsregistren	12
Senior Alert	12
Palliativa registret	13
BPSD	13
Journalgranskning	14
Metod	14
Analys	14
Egenkontroller legitimerad personal	16
Medicintekniska produkter (MTP)	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelse	18
Analys	19
Läkemedelshantering	20
Klagomål och synpunkter	21

Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	23

SAMMANFATTNING

Under 2024 har ett av fokusen varit på att öka patientens delaktighet i sin vård. Det visar sig bland annat genom hur delaktighet dokumenteras i journal. Journalgranskning används som redskap för att mäta delaktigheten. Höstens granskning visar förbättrat resultat där patientens delaktighet sammantaget kan utläsas i 97% av de granskade journalerna. Andel journaler med dokumenterad patientdelaktighet är ett av målen för god och säker vård i MER-planen. Målet för 2024 på 90% är uppnått.

MER-planen för 2024 innehåller två ytterligare mål angående god och säker vård, Efterlevnad av hygienrutiner och klädregler samt andel läkemedel som ges i tid. Hygien- och klädrutiner ska följas för att undvika smittspridning. Två mätningar är gjorda under året och resultatet har förbättrats. I höst var 79% av observationerna korrekta i alla delarna som mäts. Målet för 2024 är 80%. Läkemedel ska hanteras i rätt tid till rätt person och på rätt sätt. Här är det skillnader mellan enheterna, där några lyckats nå målnivån medan andra har mer arbete att göra. Förvaltningens samlade resultat för året blev 85%, målet för 2024 var minst 90% hanterade i rätt tid.

Flera åtgärder har vidtagits under 2024 för att öka säkerheten kring hantering av läkemedel. En av dessa åtgärder är att digitala läkemedelsskåp som loggar uttag av narkotikaklassade läkemedel har installerats under 2024. Detta ger större möjlighet att utreda svinn. En annan åtgärd är att kommunen har köpt in utbildning via Apoteket för alla som ska delegeras, denna lösning är dock dyr och upplevs av personal som krånglig. Arbetssättet har utvärderats under året och arbete fortgår med att få till en säker men kostnadseffektiv lösning på delegeringsprocessen.

Avvikelse följs som ett led i egenkontrollen, men det finns utmaningar i rapporteringen och i hanteringen av avvikelser. Antalet avvikelser har ökat något sedan tidigare år, men ökningen är marginell och bedöms bero på att personal blivit bättre på att skriva avvikelser inte att antalet avvikelser i sig ökat.

Kommunen arbetar med registrering i olika kvalitetsregister som ett led i arbetet med en god och säker vård. Kvalitetsregister ska användas för att identifiera risker och säkerställa att åtgärder vidtas och följs upp. Resultatet visar behov av att utveckla dokumentationen kring kvalitetsregistren. I palliativa registret finns flera kontrollpunkter som utförs men som inte alltid dokumenteras enligt krav från registret. Övergripande har kommunen ett gott resultat från kvalitetsregistren.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har arbetat deltid under året och ett byte av person skedde från februari. Ytterligare ett byte skedde i december. Detta har inneburit en bristande kontinuitet i utvecklingsarbetet men inför 2025 ser förutsättningarna bättre ut. Medicinskt ansvarig för rehabilitering har arbetat 30%. Dessutom har det fortsatt under 2024 varit en omsättning på chefer inom äldreomsorgen. Dessa omständigheter gör sammantaget att utvecklingsarbeten i många delar har fått stå tillbaka.

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.

Under 2024 har 4 nya enhetschefer börjat och sista halvåret har chefsgruppen varit stabil. Förstärkningen inom äldreomsorgen innebär att det finns 2 chefer på våra boenden och även inom hemtjänsten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har arbetat deltid under året och ett byte av person skedde från februari. Ytterligare ett byte skedde i december. Detta har inneburit en bristande kontinuitet i utvecklingsarbetet men inför 2025 ser förutsättningarna bättre ut.

Under året har det funnits en Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) på 30%.



Övergripande mål och strategier

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

Nämndmål

Nämnden har tagit beslut om indikatorer inom hälso- och sjukvårdens område. För att nå målet att en god och säker hälso- och sjukvård ska erbjudas:

- Andel journaler med dokumenterad patientdelaktighet ska vara över 90%
- Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler ska vara bättre än föregående år.
- Andel läkemedel som ges i tid för 2024 ska vara över 90%.

Internkontroll

Internkontroll görs inom följande områden beslutade av nämnden:

- Kontroll två gånger per år av 10% slumpmässigt utvalda journaler som omfattas av HSL granskas för att se att de håller de krav som ställs på en godkänd journal.
- Regelbunden kontroll av narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp. Utförs av utsedd sjuksköterska och sammanställs två gånger per år.
- Sammantagen bedömning per enhet i kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) görs två gånger per år.

Måluppfyllelse

Resultatet från senaste journalgranskningen är att i 97% av journalerna kan patientdelaktighet utläsas mot 52% föregående år. I 62% av journalerna är delaktighet korrekt dokumenterat i behandlingsplanen i 31%

kan det utläsas i behandlande åtgärder. Detta innebär att vi nått målet för 2024. Resultatet för 2024 är att vi har både förbättringar och försämringar så i stort sett samma resultat som föregående år.

Resultatet av höstens punktprevalensmätning för efterlevnad av hygienrutiner och klädregler var 79% korrekt vilket nästan nådde upp till målet som var satt på över 80%.

Andel läkemedel som gavs i tid var 85% och målet för året var 90%. Vi har alltså inte heller på denna punkt nått upp till målsättningen. Inte heller har vi haft en enskild månad när vi på förvaltningen nått upp till 90%. Däremot finns det enheter som har över 90%.

Vi har svinn främst i läkemedelsskåpen som både sjuksköterskor och delegerad baspersonal har tillgång till. Digitala läkemedelsskåp är inköpta och dessa installerades under hösten 2024. Framledes kan vi ha bättre kontroll på om någon glömmer att signera givet läkemedel eller om det finns annan orsak till svinnet. I läkemedelsförråden, som endast sjuksköterskor har tillgång till, är svinnet betydligt lägre och i de fall det förekommer har sjuksköterskan glömt att signera uttagen dos.

Antal registreringar har ökat något under 2024 (38 registreringar jämfört med 36 st. 2023).

Övrig egenkontroll

- Läkemedelshanteringsgranskning av APOEX utförs en gång om året tillsammans med MAS.
- Registrering av vårdrelaterade infektioner i HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) utförs en gång per år på särskilt boende.
- Registrering i kvalitetsregistret Senior Alert sker löpande minst en gång per år på de patienter över 65 år som godkänt medverkan.
- Palliativa registret används för att registrera hur kvalitén på vården har varit i livets slutskede.

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden

Vårdgivaren tillika socialnämnden har det övergripande ansvaret för kvalitet inom hälso- och sjukvården och patientsäkerhetsarbetet. Detta innefattar bland annat att det finns den personal, lokaler och utrustning som behövs för att följa lagar och föreskrifter och för att ge en god och säker vård. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som innehåller de processer, rutiner och kontroller som behövs.

Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Socialchefen, tillika verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ett övergripande ansvar, för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa.

Enhetschef

Enhetscheferna på respektive enhet ansvarar för att riktlinjer och rutiner är kända och tillämpas samt att personalen har den kompetens som krävs. I samråd med sjuksköterska och arbetsterapeut ska

enhetschefen organisera och bemanna verksamheten för att säkerställa en god kvalitet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det innefattar även att säkerställa att händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada hanteras enligt rutinerna. Enhetschefen ansvarar för att i samverkan med sjuksköterska och arbetsterapeut genomföra riskanalys vid förändringar som direkt eller indirekt kan påverka förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Enhetschefen ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” de är också skyldiga till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskada i avvikelssystemet. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas leg. arbetsterapeut och leg. sjuksköterska samt baspersonal när de bistår legitimerad personal på delegation eller instruktion.

Övriga stödfunktioner

Fysioterapeuterna är anställda av regionens primärvård och ska också serva våra brukare/patienter i kommunal vård. Likaså ska våra arbetsterapeuter serva regionens primärvårdspatienter med sin kompetens. Under året har Lekebergs VC haft en speciell fysioterapeut anställd som jobbat 75% enbart mot våra särskilda boenden, vilket höjt kvaliteten väsentligt.

Vårdhygien och smittskydd från Region Örebro län: Kommunerna i länet har tillsammans finansierat en sjuksköterska som är anställd av vårdhygien inom Region Örebro län. Hygiensjuksköterskan är kommunens stöd. Smittskydd och vårdhygien utarbetar rutiner och riktlinjer inom sitt område som gäller alla länets kommuner.

Region Örebro län: Vi har tillgång till utbildning kring specifika patientärenden. Regionen erbjuder olika utbildningar och kurser i färdighetsträning för personal som arbetar inom vårdrelaterade verksamheter. Det finns e-utbildningar i exempelvis centrala infarter som sjuksköterskor har tagit del av under året.

Patientnämnden är gemensam för alla kommunerna i länet.

Regionen och kommunerna har genom Regionens Vård, välfärd och folkhälsa (VVF) samarbete kring bland annat omställning till nära vård, hjälpmedel, upphandlingar, digitalisering. De samordnar också olika nätverk mellan region och kommunerna.

Samverkan sker mellan Centrum för hjälpmedel och länets kommuner. Där ingår bland annat MAR-representant från Sydnärkes kommuner.

”Dietist direkt” är en funktion som startats under 2022. Där våra verksamheter kan få råd och stöd i olika nutritionsfrågor. Dietist kan också komma på verksamhetsbesök.

Extern granskning av läkemedelshanteringen görs årligen. Under 2024 har vi haft en farmaceut från Apoex som gjort granskningen. Några förbättringsområden har identifierats och arbetas med. Ny granskning och uppföljning sker hösten 2025.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En välfungerande regional samverkansstruktur mellan Region Örebro län och länets kommuner finns. Regional utveckling Valfärd och Folkhälsa samordnar detta arbete. Valfärd och Folkhälsa samordnar flera nätverk för chefsgrupp social välfärd och vård, där länets socialchefer samt representanter från regionen ingår, MAS/MAR samt nätverksträffar för enhetschefer i länets kommuner.

Nätverksträffar för socialchefer, samt deltagande av socialchef i chefsgrupp för samverkan social välfärd och vård, där även tjänstemän från Region Örebro län ingår. Länsövergripande överenskommelser och riktlinjer utarbetas i dessa nätverk.

Lekebergs kommun ingår i Länsdel söder. Det är samverkan mellan närsjukvården och kommunerna i Sydnärke, i gruppen ingår Socialchefer, representant från MAS/MAR och representanter för Region Örebro län.

I regionen används informationssystemet LifeCare SP för informationsöverföring och vårdplaneringar. Det saknas ett gemensamt forum där avvikelser i vårdens övergångar tas upp. En utredning pågår inom Regionen för att få en bättre hantering av dessa avvikelser.

På lokalt plan har vi möten med Capio vårdcentral Lekeberg regelbundet. Samverkan sker på både ledningsnivå och verksamhetsnivå. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, medicinskt ansvariga och berörda chefer i kommunen har träffar med läkare, vårdsamordnare, sjukgymnast och enhetschef/biträdande från vårdcentralen flera gånger per år för att diskutera samarbete och gemensamma utvecklingsområden. Arbetsterapeuterna har även träffat fysioterapeuterna minst en gång per termin för diskussion kring gemensamma processer och informationsöverföring bland annat. Under 2024 har regelbundna träffar skett inom Nära vård där ansvariga på vårdcentralen träffat ansvariga i kommunen för att gemensamt utveckla Nära vård i Lekeberg. Vi har ett gott samarbete och ett bra stöd av läkare i det vardagliga arbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Samarbete finns med Sydnärkes IT-förvaltning kring utveckling, uppdateringar och införande av olika IT-verktyg/system. Objektplan håller på att utarbetas tillsammans med IT-förvaltningen och systemansvariga för verksamhetssystemet inom socialförvaltningen.

En god säkerhetskultur

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

Vi har under året haft HSL-möten där MAS/MAR har träffat sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Dessa möten syftar till att informera, diskutera och skapa olika arbetsgrupper kring olika frågor.



I internkontrollen gällande hälso- och sjukvårdsområdet ingår bland annat kontroll av narkotikaklassade läkemedel. Kontroll av narkotikan i läkemedelsförråden utförs av utsedd sjuksköterska som rapporterar till MAS som sammanställer resultatet.

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.



Vi har under 2024 haft en god bemanning av sjuksköterskor och arbetsterapeuter men rekrytering är ett pågående arbete, främst av sjuksköterskor som vikarier/timanställningar. En fullgod bemanning är en förutsättning för både patientsäkerheten och för arbetsmiljön, därav kommer behov av vikarier alltid finnas. Sjuksköterskor och till viss del arbetsterapeuter har en väldigt god arbetsmarknad med gott om tjänster, så vid missnöje är det lätt att flytta sig till annan arbetsgivare. Omsättning på personal påverkar patientsäkerheten negativt och behov av en bra, strukturerad introduktion är av vikt.

Under 2023 skedde en försämring av resultatet på delegeringsproven, 2024 köptes därför en utbildning in via apoteket för att stärka kompetensen hos baspersonalen. En gräns har satts för hur många procent av testet som baspersonalen ska klara för att få delegering (=85%). Det är dock alltid den delegerade sjuksköterskan som avgör om en delegering är möjlig. Baspersonalen ska även själva vilja ta emot delegeringen. Rutinen utvärderades 2024 och den fungerar relativt väl, baspersonal är bättre förberedda inför provet, delegeringsprocessen har dock blivit mer långdragen och den nya processen har inneburit en högre kostnad. Ett nytt ställningstagande om genomförande av delegering ska göras när de inköpta utbildningarna tagit slut. Det finns sjuksköterskor i kommunen som skulle kunna utbilda i ämnet. Ett förberedande arbete för vidare planering påbörjades under slutet av 2024.

Utbildning för vårdpersonal gällande lyftkörkort, hjälpmedelsutbildning och utbildning för sommarvikarier bedrivs av arbetsterapeuterna. Samtliga utbildningar erbjuds till alla verksamheter inom vård och omsorg i kommunen. Arbetsterapeuterna planerar in utbildningarna återkommande enligt ett årshjul. Under 2024 har en e-tjänst för anmälan till utbildningar skapats som kommer att tas i drift under 2025.

Under 2024 erbjöds fem tillfällen för att gå lyftkörkursutbildning. Det fanns totalt 60 platser, 39 platser har utnyttjats. Detta är en utbildning som all vårdpersonal behöver genomgå regelbundet för att få vara person nummer ett vid förflyttning med lyft. Under slutet av 2024 inleddes ett samarbete med Kumla, Askersund och Hallsbergs kommun, för vidare utveckling av Lekebergs koncept för digital och praktisk utbildning i lyftkörkort.

Under 2024 erbjöds fyra tillfällen för hjälpmedelsutbildning med totalt 48 platser tre tillfällen genomfördes 21 vårdpersonal deltog, ett tillfälle ställdes in på grund av för få anmälningar.

Introduktionsutbildning för semestervikarier samt nya vikarier erbjöds vid två tillfällen inför sommaren 29 vikarier deltog. Deltagarantalet var lägre än önskat, särskilt för nya vikarier inom hemtjänsten.

Utbildning i manuella förflyttningar har inte kunnat genomföras fullt ut då det inte funnits någon i verksamheten som har rätt kompetens för att utbilda i det. Vissa delar har inkluderats i grundutbildning för semestervikarier och handledning sker vid behov i enskilda individärenden.

Vi har under 2024 genomfört två utbildningsomgångar i BPSD. Varje utbildning är på 2,5 dagar, deltagarna är medarbetare (chefer, legitimerad personal och baspersonal inom socialförvaltningen). Fokus

för utbildningen är bemötande, omvårdnadsåtgärder och kommunikation för att möta personer med kognitiv svikt. Om fler personal får utbildning så kan personer med kognitiv svikt få bättre förutsättningar till en bättre omsorg och omvårdnad. Utbildningen bygger på personcentrerad vård och ger även kunskap i förändringsarbete.

Hygienombud ska finnas inom varje verksamhet, alla hygienombud ska ha gått en utbildning som Vårdhygien från regionen ansvarar för. Hygienombuden tar ett större ansvar för att hygienrutiner efterlevs och genomför punktprevalens mätningar (PPM). Vid 2024 års mätning kunde en brist i förståelsen för mätinstrumentet ses. Under 2025 planeras kompetenshöjning för hygienombuden.

En sjuksköterska gick specialistutbildning till distriktssköterska och blev klar hösten 2024. Ytterligare tre ordinarie distriktssköterskor fanns på enheten under 2024. Två av de ordinarie distriktssköterskorna har avslutat sina tjänster för nya uppdrag varav en är nuvarande MAS.

Demensteam bildades 2022. Har under 2024 bytt namn till kognitiva stödteamet. Biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska ingår i teamet, även vårdsamordnaren på VC ingår. Teamet tog tidigare endast emot personer med demensdiagnos men har utökat till att även ta emot personer som har kognitiv svikt. Utökningen av verksamheten möjliggör mer förebyggande arbete. Syftet med teamet är att följa upp och ge stöd till både den som har kognitiv svikt och dennes närstående. Anhörigstöd i form av anhörigcirkel ges av teamet, liksom stöd till övriga personalgrupper vid olika former av problem.

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 §

Rådet för tillgänglighets och äldre frågor (tidigare Kommunala pensionärsrådet (KPR)) är ett forum för att diskutera övergripande mål och strategier. Denna samverkan behöver utvecklas för att få en större delaktighet.

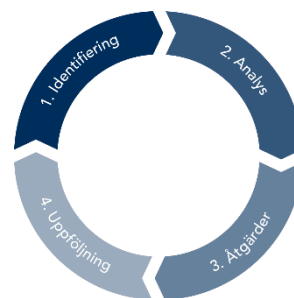
Vi arbetar för att få en personcentrerad vård på alla nivåer och kommer fortsätta med det under åren framöver. Vid upprättande av vårdplan ska patient och, om patienten så önskar, närstående involveras. Hur patienten och, efter samtycke, närstående är delaktiga ska dokumenteras i journalen.

Klagomål och synpunkter registreras på olika sätt, skriftligt men också via avvikelssystemet i Lifecare. Var och en som framför klagomål får återkoppling. Enhetscheferna har huvudansvar för att klagomål och synpunkter utreds och hanteras enligt rutinen.

Under året 2024 har processledare för Nära vård gjort mätningar av personcentrerad vård på särskilt boende för demens och haft workshops om personcentrering med samtliga personalgrupper på boendet, där resultatet av mätningarna har bearbetats och handlingsplan för att öka personcentreringen i det dagliga arbetet har tagits fram. Detta arbete planeras att utökas 2025 till flera verksamheter.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler

PPM har utförts av hygienombuden två gånger under året. Våren 2024 gjordes 72 observationer (våren 2023 gjordes 53). Korrekt i alla moment fanns i 71% av observationerna vilket är en förbättring mot 2023 då det var 60,4% och 2022 då det var 52,4%. Hösten 2024 gjordes 71 observationer (hösten 2023 gjordes 52). Korrekt i alla moment fanns i 79% av observationerna. Vilket är en förbättring mot 2023 då det var 66% och 2022 då det var 71,8%.

Antalet observationer har ökat sedan föregående år. Resultatet har förbättrats jämfört med 2023. Höstens mätning på 79% når nästan upp till målet på 80%. Det är stora skillnader mellan enheterna. Resultaten är överlämnade till respektive enhetschef som ansvarar för att förbättra resultatet.

HALT-mätning

Lekeberg deltog i HALT-mätning 2024 (HALT = Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). HALT-mätning är en stickprovsmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende vid en dag under hösten. Vi hade ingen vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende vid mätillfället.

Kvalitetsregistren

Senior Alert

Antal unika personer som registrerats i kvalitetsregistret har minskat något jämfört med 2023 som hade flest antal registreringar, sedan MAS började ta fram statistik 2018. Registrering av utförda åtgärder vid risk har minskat. Åtgärder planeras och genomförs men registreras i första hand i patientens journal och missas ibland i kvalitetsregistret.

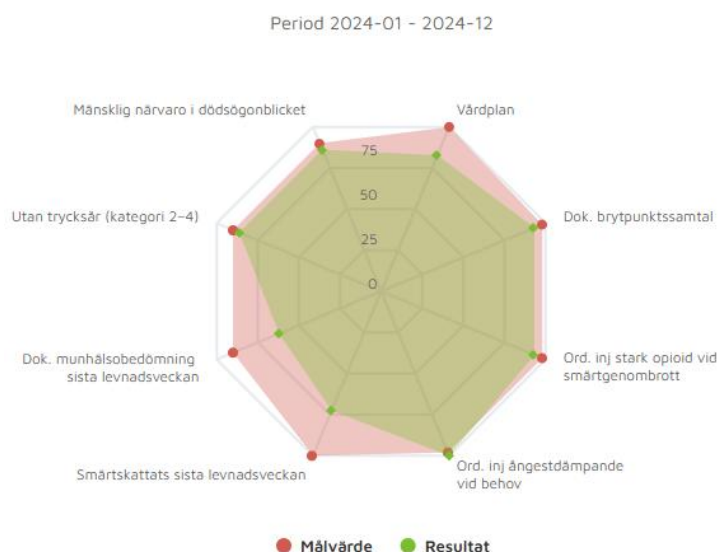
Vårdpreventivt arbete ska leda till att risker identifieras och åtgärder kan sättas in. Allt för att patienterna ska få färre trycksår och fall samt minskad undernäring och bättre munhälsa.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Lekebergs kommun	123	89% ↓ 140 av 157	81% ↑ 114 av 140	94% → 132 av 140	67% ↓ 78 av 117
Lekeberg Hemvård	42	84% ↑ 36 av 43	72% ↑ 26 av 36	94% ↑ 34 av 36	66% ↓ 25 av 38
Lekeberg LSS-verksamhet	4	75% ↓ 3 av 4	67% → 2 av 3	67% ↓ 2 av 3	0% ↓ 0 av 1
Linden	36	100% ↑ 42 av 42	93% ↑ 39 av 42	95% → 40 av 42	88% → 23 av 26
Oxelgården	48	87% ↓ 50 av 68	80% ↓ 47 av 68	95% ↓ 56 av 68	58% ↓ 30 av 52
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %

Palliativa registret

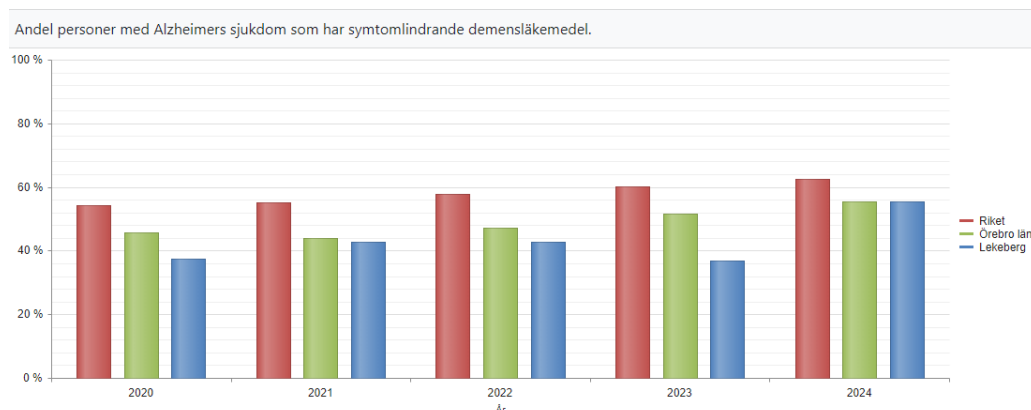
Här registreras de som har avlidit i vår verksamhet och visar vården den sista veckan i livet. Jämfört med riket så har vi bättre resultat på de flesta områden och ungefär lika som riket på munhålsbedömning, brytpunktssamtal samt injektion av stark opioid. Patienter i livets slut får hjälp med munvård dagligen, men dokumentationen av detta brister vilket leder till att det inte kan föras in i registret. För att smärtskattningen ska få föras in i registret måste den ha utförts och dokumenterats enligt Abbey pain scale som är ett validerat mätinstrument. Smärtskattning utförs av sjuksköterska vid varje besök hos patienten men dokumenteras inte alltid i enlighet med mätinstrumentet.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

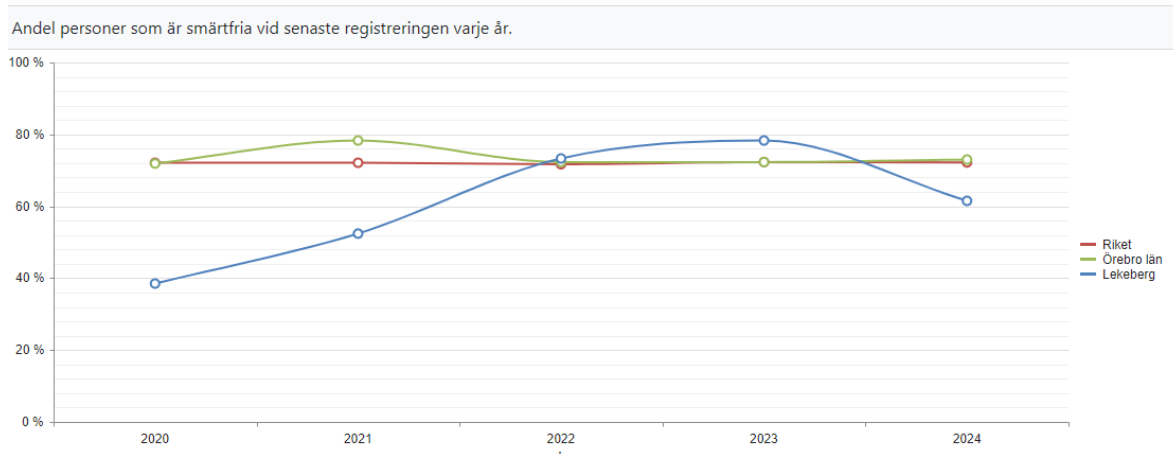


BPSD

BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett kvalitetsregister men också en arbetsmetod. 90% av alla som får en demensdiagnos kommer också någon gång få oönskat beteende pga sin sjukdom. Detta kan förebyggas och åtgärdas genom omvårdnadsåtgärder och bemötande- och kommunikationsplan. BPSD följer utvecklingen för individen men också på enheten. 2023 var det 36 registreringar och 2024 blev det 38 registreringar, målsättningen var att vi skulle behålla eller öka antalet registreringar vilket vi uppnådde. Har man få registreringar blir statistiken inte lika tillförlitlig. Exempel på resultat ur BPSD:



10 av 18 med Alzheimer har symtomlindrande demensläkemedel i Lekeberg – sämre än riket men samma resultat som länet.



Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år. Smärta kan vara en orsak till oönskade beteende hos en person med demenssjukdom.

Journalgranskning

Metod

MAS och MAR granskar journaler två gånger per år. 2024 har totalt 52 slumpvis uttagna journaler granskats. Journalerna har granskats utifrån de områden som beskrivs i tabellen nedan.

Analys

Sedan granskningen i våras kan vi se tydliga förbättringar på flera områden och det är nu ett rött område kvar, vilket är utredandeplan med bakgrundsorsak. Det finns utredandeplaner i stor utsträckning, men det går inte att utläsa varför man startat dessa (bakgrundsorsak).

Vi vet att både registreringar i kvalitetsregister och läkemedelsgenomgångar görs i större omfattning än vad journalgranskningen visar, men vi ser nu en ökning i korrekt användande av KVÅ-koder på dessa områden. Särskilt gällande registrering i kvalitetsregister, där nu 60% är korrekt dokumenterade (jmf 31% förra mätningen).

Personens delaktighet beskrivs tydligare gällande på vilket sätt hen har varit delaktig i sin vård. Den största skillnaden är att det nu är ett fåtal journaler där detta helt saknas, även om det bara är dokumenterat på rätt plats i 62% av journalerna (rätt plats enligt granskningsmallen är i behandlingsplanen). I tabell 1 visas enbart svaren ja, helt från granskningsmallen eftersom det är så resultaten visas för tidigare jämförelser. Men när det gäller dokumenterad delaktighet så är det värt att lyfta upp att det faktiskt i 97% av fallen går att helt ("rätt" plats) eller delvis (annan plats i journalen) utläsa i journalerna, 62% under behandlingsplan och 35% i behandlande åtgärder, som framgår av tabell 2. Sammantaget bedöms därför att målet om att delaktighet ska kunna utläsas i 90% av journalerna bör anses vara uppfyllt.

Att se en röd tråd i journalen har ökat något även vid denna granskning. Det finns utredande och behandlande åtgärder där det saknas övergripande utrednings-/behandlingsplan. Gällande utredande åtgärder så saknas fortsatt i stor utsträckning en beskrivning av varför åtgärden vidtas.

Dokumenterad överkänslighet håller sig på samma nivå som tidigare. Här har diskussion förts med sjuksköterskor om vikten av att dokumentera även "ingen känd".

	Höst -24	Vår -24	Höst -23	Vår -23	Höst -22	Vår -22
Finns närmaste anhörig registrerad med namn, relation och telefonnummer?	96%	95%	96%	90%	95%	82%
Framgår det om närmaste anhörig ska kontaktas nattetid eller inte?	90%	63%	78%	52%	32%	45%
Har den enskilde namngiven OAS?	100%	89%	43%	81%	79%	90%
Har den enskilde namngiven AT?	59%	83%	52%	76%	68%	65%
Framkommer det vem som är ansvarig läkare?	86%	72%	48%	76%	47%	64%
Överkänslighet, dokumenterad på rätt plats och varför?	62%	61%	48%	67%	100%	85%
Finns samtycke till NPÖ?	100%	100%	91%	95%	95%	86%
Finns registrerat samtycke till kvalitetsregister där det är aktuellt?	84%	76%	89%	78%	93%	56%
Är samtycke efterfrågat vid skyddsåtgärder?	100%	80%	0%	100%	100%	64%
Finns det medicinska diagnoser (under annan dokumentation)?	100%	100%	96%	95%	89%	86%
Finns ICF-dokumentation?	56%	50%	35%	29%	16%	14%
Finns det reg i kvalitetsregister (GD009) för de som ska ingå?	60%	31%	28%	35%	33%	27%
Finns det utredandeplan med bakgrundsorsak?	40%	68%	26%	5%	16%	40%
Finns det utredande åtgärder?	97%	100%	96%	86%	100%	75%
Finns resultat beskrivet?	93%	91%	91%	67%	100%	50%
Finns det behandlande åtgärder?	100%	100%	100%	100%	100%	95%
Finns resultat beskrivet?	83%	91%	96%	100%	100%	64%
Kan man se en röd tråd i journalen?	80%	73%	61%	81%	74%	41%
Är läkemedelsgenomgång gjord sista året (XV022 eller XV023) för de som ingår?	70%	47%	29%	54%	13%	0%
Finns det uppgifter om patientens delaktighet? (syns i beh.plan)	62%	52%	52%	33%	21%	18%
Vårdplanering dokumenterad (AU124, AU125, AW010)?	88%	67%	22%	100%	11%	
Är brytpunktssamtal dokumenterad (uppmärksamhetsignal eller under behandlingsplan sen palliativ vård)?	75%	100%				

Tabell 1. Journalgranskning resultat jämfört med tidigare mätningar

	Ja helt/delvis
1 anhöriga namn, telefon, relation	96%
2 anhöriga kontakt natt	90%
3 OAS	100%
4 OAT	59%
5 PAL	86%
6 Överkänslighet	62%
7 samtycke NPO	100%
8 samtycke kvalitetsregister	84%
9 samtycke skyddsåtgärder	100%
10 Medicinska diagnoser	100%
11 ICF dokumentation	72%
12 reg kvalitetsregister GD009	67%
13 Utredningsplan med bakgrundsorsak	67%
14 Utredande åtgärder	97%
15 finns resultat	100%
16 Behandlande åtgärder	100%
17 finns resultat	97%
18 Röd tråd i journalen	90%
19 Läkemedelsgenomgång xv022/023	70%
20 uppgifter om delaktighet	97%
21 Vårplanering AU124/125, AW010	88%
22 Brytpunktsamtal	75%

Tabell 2 journalgranskning med svaren ja, helt och ja, delvis

Vi kan se en liten ökning av ICF-dokumentation, men här behöver vi göra ett arbete med hela HSL-gruppen för att öka kunskapen kring ICF.

Journaler där enbart arbetsterapeut varit aktuell profession ingår i resultatet, men hänsyn har tagits till vilka kontrollmoment som är aktuella för dessa journaler. Exempelvis har inte ansvarig läkare eller sjuksköterska förväntats finnas. Det resultat som sticker ut är att det även saknas områdesansvarig arbetsterapeut, detta borde finnas i dessa journaler. En förklaring kan vara att samtliga arbetsterapeuter har delat ansvar för den regionala primärvården och det blir därför otydligt vem som är ansvarig.

Det finns anledning att se över om man ska göra en separat granskning av de journaler där personen enbart har insats av arbetsterapeut och därmed tillhör den regionala primärvårdens ansvarsområde (ej inskriven i hemsjukvård).

Egenkontroller legitimerad personal

2022 skapades en checklista för egenkontroll för både sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Enhetschefen ska genomföra egenkontroll två gånger per år. På grund av byte av chefer och att MAS inte arbetat heltid så har detta inte gjorts 2023 eller 2024. Under 2024 har två större riskanalyser genomförts för hela hälso- och sjukvårdsenheten som täcker in flera av områdena som ingår i checklistan.

Medicintekniska produkter (MTP)

Periodiska besiktningar av omvårdnadshjälpmedel fortlöper enligt rutinen. Utrangeringsplan för omvårdnadshjälpmedel följs. Utvecklingsarbete har pågått under 2024 för att öka kunskap kring hantering och rengöring av hjälpmedel. Område är rengöring av hjälpmedel som inte följs av baspersonal i alla delar. Det har saknats en sammanhållande funktion för ansvar kring kontroll av behandlings- och undersökningsutrustning. Från och med 2025 kommer denna uppgift åligga hjälpmedelstekniker.

Under hösten 2024 har två tillbud inträffat där MTP varit inblandade. I det ena fallet uppstod vårdskada och i det andra fallet fanns risk för allvarlig vårdskada. I båda fallen har anmälan upprättats till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

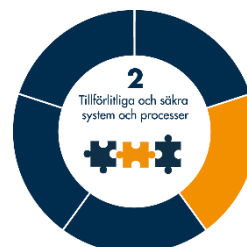


Alla avvikelser som sker i verksamheten ska rapporteras i Lifecare avvikelser. Dessa utreds sedan av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller enhetschef. Utredningen innehåller även åtgärder för att minska

riskerna att det händer igen. Rutinen säger att avvikelserna ska analyseras i teamet för att se mönster och försöka hitta åtgärder på enhetsnivå. Här finns en identifierad brist och ett arbete pågår med att förbättra avvikelshanteringen, rutiner ses över. Avvikelser rapporteras mer ingående under avsnitt ”stärka analys, lärande och utveckling”.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Rutiner och riktlinjer ses kontinuerligt över och publiceras på intranätet.

Under året har en genomlysning av rehabenheten gjorts. Målet är att hemrehab /dagrehab erbjuds till fler medborgare. Detta ska fördröja behovet av hemtjänstinsatser och flytt till särskilt boende.

Uppskattningsvis borde 80–100 personer årligen få stöd i slutet av 2024.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Det finns ett pågående arbete kring avvikelser vid vårdens övergångar.

Arbete med ”Nära vård” pågår tillsammans med regionen och övriga kommuner.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

En riskanalys gjordes under 2024 där MAS, MAR, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, digitaliseringsledare och hjälpmedelstekniker deltog. Arbetet utgick ifrån tidigare genomförd riskanalys, nya områden har identifierats och vissa tidigare risker är hanterade och en handlingsplan finns.

Risker har identifierats inom följande områden

- *Verksamhetssystem*
Om intranätet eller journalsystemet inte är åtkomligt för medarbetarna medför detta risk för avbrott i vårdkedjan samt att följsamheten till rutiner brister.
- *Utskrivningsprocessen*
När sjukhuset brister i informationsöverföring uppstår patientssäkerhetsrisker kring läkemedelsbehandling och hjälpmedel.

- *Arbetsätt*
Ostrukturerad rapportering mellan personal, låg kunskap och dålig följsamhet kring hygienriktlinjer samt bristande kompetens hos chefer kring hälso- och sjukvårdsåtgärder. Sammantaget kan detta leda till felaktig behandling, smittspridning, ökad risk för vårdrelaterade infektioner samt att hälso- och sjukvårdsåtgärder felaktigt prioriteras bort.
- *Medicintekniska produkter (MTP)*
Bristande kompetens hos baspersonal kring hantering, felaktig användning och bristande följsamhet till ordination. Risk för skada hos både personal och patient vid felaktig användning av MTP.
- *Krishändelse*
Strömavbrott under längre period, ökar risken för avbrott i vårdkedjan. Krishändelse kan medföra bristande tillgång till sjukvårdsmaterial, samt behov av utrymning av patienter. Detta medför risker för patientsäkerheten.

Flera av de områden som identifierats gäller lokaler, IT och elförsörjning där vi inte själva kan ansvara för åtgärder. Många av punkterna är pågående och ett fortlöpande arbete pågår. Rutinerna på intranätet uppdateras fortlöpande för att den information som behövs ska finnas nära tillgängligt och vara aktuell. Det finns en rutin för vilka rutiner som ska finnas utskrivna i pappersform och förvaras tillgängliga för personal.

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.



Avvikelser

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

Avvikelser följs som ett led i egenkontrollen, men det finns utmaningar i rapporteringen och i hanteringen av avvikelser. I dagsläget rapporteras de flesta avvikelserna som vårdskada även om det egentligen är en avvikelse enligt SoL/LSS, det gör det också utmanande att ta fram korrekt statistik. Vid genomgång av avvikelshantering framgår också att det finns brister i uppföljning och analys på verksamhetsövergripande nivå.

Lifecare avvikelser används för att rapportera in de patientrelaterade avvikelser som uppkommer i verksamheten. Antalet avvikelser ökade när vi bytte till nuvarande system. Det beror sannolikt på att det har blivit lättare för personal att rapportera, snarare än att det skulle ha uppstått fler avvikelser. Det finns troligen fortfarande ett mörkertal – att inte alla händelser som uppkommer rapporteras in. De allra flesta avvikelser leder till ingen eller måttlig/övergående skada för patienten. Alla inkomna avvikelser utreds inte enskilt utan en del kopplas ihop om de rör samma typ av avvikelse för samma individ. En del rapporterade avvikelser bedöms inte vara avvikelser, exempelvis då en patient själv valt att avstå en insats, de avslutas då utan utredning.

Nedanstående tabeller visar antal utredda avvikelser per år efter kategori och per enhet.

Tabell 3. Antal utredda avvikelser per år efter kategori

År	Bemötande	Brister i handläggning	Brister i informationsöverföring	Dokumentation	fallrapport	Hot o våld mellan brukare	Larm sök/verksamhetssystem	Läkemedel	medicinteknisk utrustning	Omvård. händelse	Rehabilitering	Totalt
2021	18	29	38	17	394	27	52	294	37	84	4	994
2022	12	36	48	8	553	13	58	377	30	117	5	1257
2023	8	17	53	13	518	6	38	379	31	150	3	1216
2024	6	8	108	8	427	3	52	388	26	187	2	1223

Tabell 4 Antal utredda avvikelser per enhet 2024

Organisation	Bemötande	Brister i handläggning	Brister i informationsöverföring	Dokumentation	Fallrapport	Hot o våld mellan brukare	Larm sök/verksamhetssystem	Läkemedel	medicinteknisk utrustning	Omvård. händelse	Rehabilitering	Totalt
Daglig verksamhet	1	0	10	1	8	0	0	1	1	5	0	27
Hasselbacken/ Socialpsykiatri	1	3	7	0	30	1	3	53	6	17	1	122
Hemsjukvård/ Hemtjänst	2	1	60	3	178	1	29	145	5	112	0	542
Kastanjen	0	2	7	0	0	0	0	8	0	6	0	23
LSS-övrig	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	4
Linden	2	1	10	2	73	0	16	116	12	27	1	261
Oxelgården	0	1	14	2	136	1	4	63	2	20		244
Totalt	6	8	108	8	427	3	52	388	26	187	2	1223

Analys

Den vanligaste avvikelser är fall. Antal registrerade fall är oftast fall utan skada. De allvarliga skadorna, skelettskada, är förhållandevis få. Under 2024 har vi haft tre fall som har lett till fraktur varav det ena är anmält till IVO då det handlade om en vårdskada. Händelsen är utredd och flera åtgärder vidtagna.

Som syns i tabellen är skillnaden stor mellan enheterna. Har man kognitiv svikt och bor på Oxelgården kanske man inte kommer ihåg att man inte ska gå utan hjälp och därmed har större benägenhet att falla.

Det är bra att det rapporteras, Senior Alert är ett verktyg som används i verksamheterna för att göra riskbedömning och komma fram till åtgärder för att minska risk för skada bland annat vid fall.

Det är ofta samma person som ramlar. Förebyggande åtgärder sätts in och man tar upp problemet på team-träffar för att försöka hitta så bra åtgärder som möjligt. Vi kommer däremot aldrig att få bort dessa avvikelser men kan arbeta med åtgärder för att minska risken för skada.

Läkemedelsavvikelser handlar oftast om att personalen inte följer de rutiner vi har. Ibland får det betydande konsekvenser men samtidigt har ingen patient fått mer än övergående besvär av de misstag som har skett.

Omvårdnadshändelser är den tredje vanligaste händelsen som rapporteras och där finns även en del som klassificerats som betydande. Trycksår och att baspersonalen inte utfört insatser enligt Sol/LSS eller HSL dominerar.

Brister i informationsöverföring har fördubblats under 2024. Denna avvikelsetyp kan vara brister internt i rapportering mellan personalgrupper och brister vid vårdens övergångar – till exempel när patient kommer hem från USÖ utan tillräcklig rapport eller läkemedelsordinationer. Avvikelser som gäller regionen skickas till dem för vidare hantering och utredning. Om/när vi får återkoppling meddelas den person som skrivit rapporten om vad regionen svarat. Under 2024 har det kommit in en hel del avvikelser på planeringen i hemtjänsten, besök har inte varit inplanerade på rätt tid eller med personal med rätt delegering.

Läkemedelshantering

Hantering av läkemedel utförs av sjuksköterskor och delegerad personal. Personal som ska hantera läkemedel får göra en utbildning i läkemedelshantering och skriva ett prov efter det har de ett delegeringssamtal med sjuksköterska för att säkerställa att de har rätt kunskap innan de får sin delegering. Beroende på kompetens har personalen delegering för olika uppgifter. Under 2023 var det flera som hade svårt att klara av delegeringsprovet då de brast i kunskap, den utbildning som användes höll för låg nivå.

En åtgärd som vidtagits under 2024 är att kommunen har köpt in utbildning via Apoteket som håller en högre nivå, denna lösning är dock dyr och upplevs av personal som krånglig. Arbetssättet har utvärderats under året och arbete fortgår med att få till en säker men kostnadseffektiv lösning på delegeringsprocessen. Läkemedlen som administreras av personal signeras i ett digitalt signeringssystem som heter alfa e-care signit. I systemet lägger sjuksköterskan in ett tidsspänn som läkemedlen behöver vara givna inom.

Vid jämförelser av läkemedel som är hanterade i tid finns det skillnader mellan verksamheterna. Oxelgården, Hasselbacken och Daglig verksamhet har nått målet på 90% Kastanjen är nära medan hemtjänsten, Linden och Stiftelsen Sanna har en bit kvar. Totalt för alla enheter så har 85,3% av alla läkemedel hanterats i tid.

Tabell 5 Läkemedel givna i tid

År 2024	Antal	Innanför	Signerat i rätt tid
jan	27465	23345	85,0%
feb	26636	22866	85,8%
mars	28645	24616	85,9%
april	28299	24562	86,8%
maj	28992	25074	86,5%
juni	27342	23392	85,6%
juli	28426	24624	86,6%
aug	25670	22382	87,2%
sep	25846	21976	85,0%
okt	26173	22670	86,60%
nov	26274	22649	86,20%
dec	28414	24104	84,80%
helår	332339	283549	85,30%

Tabell 6 Läkemedel signerade i tid per enhet

2024	Signerade i rätt tid
Linden	83,80%
oxelgården	90,80%
Hemtjänsten	79,80%
Kastanjen	89,90%
Hasselbacken	92,20%
Daglig verksamhet	91,50%
Stiftelsen Sanna	82,30%

Klagomål och synpunkter

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

Vid klagomål och synpunkter utreds dessa i allmänhet av enhetschef och den klagande får därefter återkoppling. Klagomål kan även utredas av MAS/MAR eller i samarbete mellan enhetschef och MAS/MAR.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Risker finns främst vid vårdens övergångar. När vi får ta emot en patient med mer avancerade läkemedel eller behandlingar. Vi har tillgång utbildning via slutenvården när vi exempelvis får hem en patient med avancerad behandling som är obekant för oss. I VISAM-modellen är det ett så kallat rött spår, där vi får möjlighet att få information och viss utbildning innan patienten är utskrivningsklar och kan komma hem.

Pandemin har också satt fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor i kommunen. IVO har under några år gjort tillsyn på särskilda boenden i landet. Under 2023 fick vi beslut om åtgärder som behövde vidtas.

Åtgärderna var exempelvis att införa "Rapporteringsstöd – säker rapportering från omvårdnadspersonal till sjuksköterska". Andra åtgärder var att förbättra språkkunskapen hos baspersonal med annan språklig bakgrund.

Åtgärderna har följts upp under 2024. Bland annat finns rapporteringsstöd i verksamheterna och utbildningsinsatser pågår. Under året har språktester genomförts och de som haft behov har erbjudits utbildning.

Linden och Oxelgården ingår i en nationell forskningsstudie där man tittar på antikroppar efter vaccinering/genomgången covid-infektion för att bättre kunna avgöra när nästa vaccination mot covid-19 behöver ges.

Under 2024 har ett arbete pågått med att förbättra verksamhetens krisberedskap. Arbetet har skett i tvärprofessionella arbetsgrupper under ledning av ett konsultföretag. En övergripande kris- och beredskapsplan har tagits fram. Förvaltningens ledningsgrupp har övat på krishantering.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Fokus på öka patientens delaktighet i sin vård. Att det även i journalen ska framgå hur patienten varit delaktig i framtagande av vårdplaner. Fortsatt arbete på dokumentation i Lifecare HSL behövs.

Hygienrutiner ska följas för att undvika smittspridning. Inför vårens hygienmätning planerar MAS att arbeta aktivt med att det ska finnas hygienombud i samtliga verksamheter och att de har gått utbildningen för hygienombud som vårdhygien håller i. Inför vårens mätning kommer MAS ha ett möte med alla hygienombud för att säkerställa att alla har kunskap om hur mätningen ska utföras.

Läkemedel ska ges i rätt tid till rätt person och på rätt sätt. Extra fokus behövs för att förbättra kvaliteten på läkemedelshanteringen. Våren 2025 kommer 10st. läkemedelsautomater att testas hos patienten i hemsjukvården, med dessa kan läkemedelshanteringen bli säkrare och andelen patienten som får läkemedel i tid förväntas öka.

Kvalitetsregistren (som Senior Alert och palliativa registret) ska fortsätta användas för att identifiera risker och åtgärder vidtas och följs upp.

Risikanalys, processkartläggningar och rutiner behöver fortlöpande ses över och arbetas med.

Upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.

MAS och MAR kommer under 2025 påbörja ett arbete med kvalitetsuppföljning ute i verksamheterna där patienter och personal intervjuas. Ett arbete med att utveckla och förbättra avvikelshanteringen har påbörjats.

Som en del av arbetet med en god och nära vård planeras mätning av personcentrering på samtliga av kommunens utförarenheter under 2025. Inom ramen nära vård har också en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet mellan kommunerna och regionen tagits fram, som kommer påverka arbetet med kvalitet och säkerhet och uppföljningen därav. På vilket sätt är ännu osäkert. Avtalet är preliminärt beräknat att träda i kraft 2025-01-01. Implementeringsarbetet beräknas starta under första kvartalet 2025.