

Patientsäkerhetsberättelse för Lekebergs kommun År 2021



2020-02-25
Monika Gustavsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Emma Werner Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Diarienummer

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	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler	10
Journalgranskning	10
Kvalitetsregistren	10
Senior Alert	10
Palliativa registret	11
Svedem	11
BPSD	11
Medicintekniska produkter	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	13
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	16

SAMMANFATTNING

År 2021 var ett år som präglades av pandemi. Vi har varit förskonade i Lekeberg och endast eftervårdat en patient som smittades på sjukhuset. Men rutiner har uppdaterats, skyddsmaterial måste användas och all personal påminnas om vikten av följsamhet till hygienriktlinjerna. Punktprevalensmätning är gjord två gånger under 2021 gällande hygienrutiner och klädregler – vi har en del att förbättra och det är stora skillnader mellan enheterna. Enhetscheferna har fått sitt eget resultat och ska arbeta för förbättringar.

Fokus under 2021 har varit HSL-rutiner ska vara kända och efterföljas. Antalet rapporterade avvikelser har fortsatt att öka vilket är positivt. Antalet avvikelser gällande HSL-rutiner har också ökat. Bedömningen är ändå att måluppfyllelse kan finnas eftersom mätvärdet blivit missvisande.

Andra fokusområdet har varit att kvalitetsregistret Senior Alert ska användas och antalet registrerade unika personer ska öka. Detta har skett och även att kvaliteten på registreringarna har förbättrats. Detta bör också leda till att patienterna får en bättre preventiv vård genom att risk för trycksår, fall, undernäring och försämrad munhälsa identifieras och åtgärdas.

Tredje fokusområdet har varit att delegerade och instruerade arbetsuppgifter utförs korrekt av omvårdnadspersonalen. Detta har också mätts genom att räkna antalet avvikelser inom området. Även här har antalet avvikelser ökat under året.

Inför 2022 har vi sett över HSL-målen för att försöka hitta mål och mätmetoder som fungerar bättre.

Journalgranskning görs två gånger per år och förbättringsområden är identifierade. Under 2022 kommer vi gå över till Lifecare HSL och förhoppningen är att få ett journalsystem som är bättre anpassat till dagens krav.

Läkemedelshanteringen har granskats av extern farmaceut från Apoex. Vi hade några förbättringsåtgärder att arbeta vidare med. Kontrollen av narkotikaklassade läkemedel har visat ett svinn under våren/sommaren. Detta har gjort att vi installerade speciella läkemedelsskåp för narkotika klassade läkemedel. Efter att detta gjordes har inget ytterligare svinn skett. Läkemedelsskåpen gör att vi kan se vem och när man har öppnat skåpen och lättare kan utreda kommande händelser.

Pandemin har gjort att Kommunala pensionärsrådet inte haft några möten och därmed har deras deltagande vid upprättande av mål och aktiviteter inte kunnat ske. Projektet "Nära vård" som görs i alla kommuner i samverkan med regionen har påbörjat under 2021. Förberedelse har också startat kring expeditonsresa inom rehabiliteringen som ska starta 2022.

Mål inför 2022 beslutade av socialnämnden är Antalet registreringar i kvalitetsregistret BPSD ska öka.

Andel med korrekt efterlevnad av samtliga moment i punktprevalens mätningen gällande hygien och klädregler ska öka. Andel läkemedel som ges i tid ska öka.

Andra viktiga områden för 2022 är bland annat att nytt journalsystem ska införas och dagrehab återöppnas. Förstudie inför nytt säbo ska göras under våren 2022.

Demensteam ska formeras och starta. Pandemins fortsatta effekter behöver bevakas och hanteras.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att hälso- och sjukvården ska erbjuda en god och säker vård. Socialnämnden har beslutat om HSL-mål för 2021:

- HSL-rutinerna ska vara kända och efterföljas
- Kvalitetsregistren ska användas och utvecklas
- Delegerade och instruerade uppgifter ska utföras säkert.

Dessa mål utvärderas genom att avvikelser granskas och genom att statistiken för kvalitetsregistren analyseras.

Antal registrerade avvikelser som beror på att HSL-rutiner inte följts – har ökat från 240 (år 2020) till 346 (år 2021). Detta beror delvis på att antalet totalt skrivna avvikelserapporter har ökat kraftigt under året. – Målet är inte uppfyllt

Antalet registreringar som genomförts i kvalitetsregister (Senior Alert) har ökat från 104 till 112. – Målet är uppfyllt.

Antal delegerade och instruerade arbetsuppgifter som inte utförts korrekt av omvårdnadspersonalen har ökat från 180 till 256. Förklaringen är troligen den samma – att antalet avvikelserapporter har ökat totalt. – Målet är inte uppfyllt.

Inför 2022 har HSL-målen setts över och förändrats utifrån ovanstående, att det är svårt att mäta effekten med hjälp av antal avvikelser.

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. Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen är inköpt från Degerfors kommun på 20% från 210401.

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 omvårdnadspersonal när de bistår legitimerad personal på delegation eller instruktion.

Övrigs stödfunktioner

Vårdhygien och smittskydd från Region Örebro län: Kommunerna i länet har tillsammans 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.

Kliniskt träningscenter (KTC): Vi har tillgång till detta kring specifika patientärenden. KTC 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.

Extern granskning av läkemedelshanteringen görs årligen. Under 2021 har vi haft en farmaceut från Apoex som gjort granskningen. Några förbättringsområden har identifierats och arbetas med. Ny granskning och uppföljning sker hösten 2022.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En välfungerande samverkansstruktur mellan Region Örebro län samt länets kommuner finns framarbetad, främst genom VVF.

Nätverksträffar mellan MAS/MAR i länets kommuner förekommer regelbundet, vilka sammanhålls av Region Örebro län. Efter mars 2020 när pandemin kom, har möten hållits via digitala kanaler och varit tätare. 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 syd. 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, vilka även kan ske på distans via länk.

Det saknas ett gemensamt forum där avvikelser i vårdens övergångar tas upp. Ett sådant forum är tänkt att starta under 2022.

På lokalt plan har vi möten med Lekebergs vårdcentral regelbundet. Sjuksköterskor i kommunen har träffar med läkarna ett par gånger per år för att diskutera samarbete och gemensamma utvecklingsområden. Under 2022 kommer även arbetsterapeuterna delta i möten med läkarna på VC. Även ledningen för kommunens hälso- och sjukvård träffar chefen för vårdcentralen för att diskutera utvecklingsfrågor. Vi har ett mycket gott samarbete och ett mycket 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.

Loggar tas regelbundet av verksamhetscontroller som enhetscheferna sedan får till underlag för att avgöra att man inte har medarbetare som går in i journaler utan vårdrelation.

En god säkerhetskultur

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



Alla medarbetare i kommunen har gått en webbaserad kurs i IT-säkerhet under 2021. På arbetsplatsträffar med sjuksköterskor är även MAS inbjuden och därmed får arbetsmiljö och patientsäkerhetsfrågor plats på samma möte. MAR träffar arbetsterapeuterna varje torsdag för att gå igenom aktuella frågor.

Internkontroll beslutade av socialnämnden 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. Under våren och sommaren 2021 har en del svinn uppkommit och därför har vi haft tätare kontrollräkningar samt köpt in speciella narkotikaskåp som även registrerar vem som har varit inne i skåpen och vid vilken tidpunkt. Sedan dessa skåp installerats har vi inte haft fler försvunna narkotikaklassade läkemedel.

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 sjuksköterskor och arbetsterapeuter på alla ordinarie tjänster. Rekrytering av främst sjuksköterskor som vikarier/timanställningar pågår kontinuerligt.

Webbutbildning för introduktion av baspersonal ligger på intranätet och även på Lekeberg.se. Den utformades i början av pandemin för att underlätta introduktion av ny personal.

All omvårdnadspersonal som ska delegeras läkemedelshanteringen måste gå igenom webbutbildningen "Jobba säkert med läkemedel" varje år.

Årlig utbildning för vårdpersonal gällande lyftkörkort och manuell förflyttningsteknik bedrivs av arbetsterapeuterna. Ett rullande schema för denna utbildning finns sedan tidigare inplanerad för berörda verksamheter.

Under året har arbetsterapeuterna utvecklat och effektiviserat utbildningen för lyftkörkort genom att göra teoridelen i utbildningen digital med ett avslutande kunskapstest. Efter godkänt kunskapstest på teoridelen har vårdpersonalen sedan fått genomgå den praktiska delen i utbildningen.

Under våren var det 36 vårdpersonal som gick utbildningen av totalt 48 erbjudna platser. Under hösten har det varit fyra utbildningstillfällen. Utvärdering visar att det nya upplägget av utbildningen varit väldigt uppskattat. Detta är en utbildning som all vårdpersonal behöver genomgå regelbundet för att få vara person nummer ett vid förflyttning med lyft.

Under hösten gick alla arbetsterapeuter utbildning i manuell förflyttningsteknik under tre dagar. Efter utförd utbildning har de påbörjat framtagande av digital utbildning för vårdpersonal även för manuella förflyttningar. Även denna utbildning kommer att vara i två delar med en teoridel och en praktisk del.

Under året har arbetsterapeuter även haft flera mindre utbildningar/genomgångar för vårdpersonal på ett av våra vårdboenden i trycksårsprevention samt utbildning i hur glid- och draglakan ska bäddas.

En arbetsterapeut har gått utbildning i palliativ vård.

Utbildning i BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) har getts vid tre olika tillfällen under året trots att pandemin har gjort att några utbildningstillfällen fick ställas in och flyttas fram. Målgruppen är sjuksköterskor, arbetsterapeuter, enhetschef och omvårdnadspersonal. Utbildningen är under 2,5 dag och syftar till att bli administratör i BPSD-registret. Utbildningen bygger på personcentrerad vård och ger även kunskap i förändringsarbete.

Hygienombudsutbildning genomfördes under hösten. Vårdhygien från regionen stod för utbildningen och gav grunderna inom hygienområdet. Steg 2 planeras att genomföras under 2022.

Under året har utbildning getts till distriktssköterskor med förskrivningsrätt.

Arbetsterapeuterna har även gått en endagsutbildning i handrehabilitering.

Fyra sjuksköterskor påbörjade sin specialistutbildning till distriktssköterska under hösten 2021.

Diskussioner pågår inför sommarplaneringen om att nivåindela baspersonalen vilket skulle göra att det finns färre som har full delegering och att man därmed behöver hjälpas åt mellan grupperna med delegerade arbetsuppgifter.

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 §

Kommunala pensionärsrådet (KPR) ska vara forumet för att diskutera övergripande mål och strategier inför nästa år. På grund av pandemin har inte KPR haft några möten sedan 2020 varför detta inte har kunnat göras.

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, involvera närstående. 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.

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

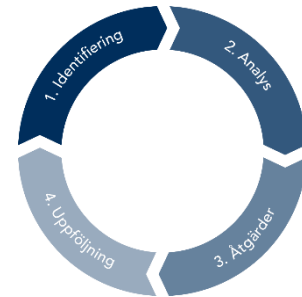
PPM har utförts av hygienombuden två gånger under året.

Resultat:

Våren 2021 gjordes 77 observationer. Korrekt i alla moment fanns i 66% av observationerna.

Hösten 2021 gjordes 99 observationer och korrekt i alla moment utgjorde 64% av observationerna.

Det är stora skillnader mellan enheterna. Linden och Oxelgården hade bäst resultat hösten 2021 med 79% helt korrekta observationer i efterlevande av både hygien och klädreglerna. Några andra enheter har betydligt mer att förbättra. Resultaten är överlämnade till respektive enhetschef som ansvarar för att förbättra resultatet.



Journalgranskning

Sammanlagt har 42 slumpvist utvalda journaler från samtliga enheter granskats under året.

Resultat: Förbättringar sedan föregående journalgranskningar märks vid varje granskning. Det finns dock förbättringsområden som exempelvis att dokumentera samtycken. Några få journaler är inte godkända. Det är relativt stora skillnader mellan områden och några kräver större insatser för att få en godkänd dokumentation.

Procapita som Lekeberg använder som dokumentationssystem är föråldrat och har en ganska rörig struktur vilket inte inbjuder till en tydlig dokumentation. Det är svårt att veta var man ska dokumentera vilken information och därmed också svårt att veta var man ska hitta informationen.

Under 2022 kommer vi gå över från Procapita till Lifecare HSL och har då en möjlighet att bygga en bättre struktur. Superanvändare är utsedda som har fått fördjupad utbildning och kan leda införandet.

Kvalitetsregistren

Senior Alert

Antalet unika personer är ungefär lika många som tidigare år. Däremot har kvaliteten på registreringarna förbättrats vilket syns i diagrammet nedan (genom att det finns fler gröna fält och vi har inte längre några röda fält.)

Vårdprevention och utfall - trycksår, undernäring, fall och munhälsa

För förklaringar av beräkningar och vad som visas, se [mer längst ned i rapporten](#).
 För att se registrerande enheters resultat, klicka på namnet på den administrativa enheten.
 För att se resultat per riskområde klicka på pilen längst till höger.
 För mer detaljerad information klicka på respektive box under utfall.

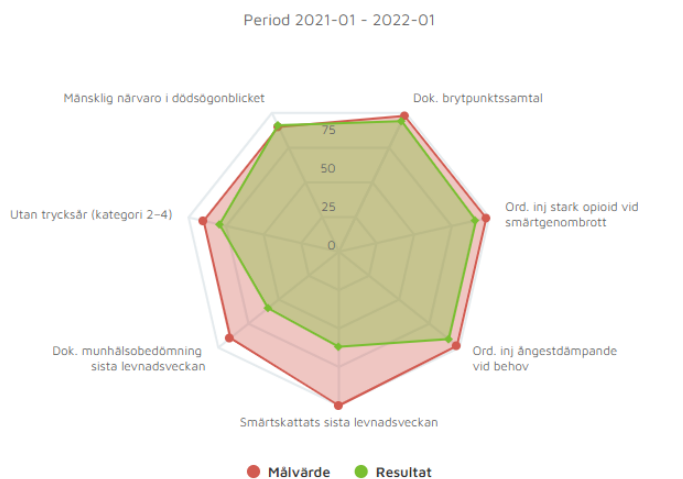
Sverige / Kommun / Region		År	Typ av enhet		Utfall						Exportera till Excel
Lekebergs kommun		2021	Alla		Vårdprevention				Utfall		
Uppåt	Unika personer	Risikobedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde	
	Lekebergs kommun	112	94% 168 av 178	91% 153 av 168	95% 150 av 158	68% 138 av 202	29 19 personer	44 personer	76 27 personer	49 personer	
	Lekeberg Hemvård	38	85% 33 av 39	91% 30 av 33	91% 30 av 33	98% 56 av 57	6 5 personer	13 personer	8 6 personer	9 personer	
	Linden	33	100% 50 av 50	90% 53 av 59	92% 54 av 59	75% 52 av 69	13 10 personer	10 personer	2 2 personer	17 personer	
	Oxelgården	46	95% 76 av 80	92% 70 av 76	99% 75 av 76	39% 30 av 76	10 5 personer	21 personer	66 19 personer	24 personer	
	Målvärden		75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %						
Förklaring											

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 försämrad munhälsa.

Palliativa registret

Här registreras de som har avlidit i vår verksamhet och visar vården den sista veckan i livet. Resultatet är ganska likvärdigt med föregående år. Resultatet är också likvärdigt med rikets snitt. Vi kan förbättra främst dokumenterad munhälsobedömning och smärtskattning sista levnadsveckan.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en m

Svedem

Svedem ett kvalitetsregister för uppföljning av demensvård, har införts i slutet av 2021 på Oxelgården och vi har därför inga resultat att redovisa.

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. Vi har 25 registreringar under 2021 och det är för lite för att man ska kunna få ut statistik på enhets resp kommunnivå. Målsättningen inför 2022 är att antalet registreringar ska öka.

Medicintekniska produkter

Periodiska besiktningar av omvårdnadshjälpmedel fortlöper enligt rutinen.

Utrangeringsplan för omvårdnadshjälpmedel följs. Utvecklingsområde är rengöring av hjälpmedel som inte följs av baspersonal i alla delar.

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 risken att det händer igen. På enheten går man sedan igenom avvikelserna för att se mönster och försöka hitta åtgärder på enhetsnivå. Två gånger om året gör MAS en rapport över förvaltningens samlade avvikelser och lämnar över till ledningsgruppen.

MAS har under 2021 gjort ett fåtal fördjupade utredningar kring händelser som påverkat patientsäkerheten. Dessa är redovisade för respektive ansvarig enhetschef som har fått

åtgärder att genomföra. Se vidare under rubriken "Stärka analys, lärande och utveckling" nedan.

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.



Processkartläggningar är gjorda men pandemin har gjort att en del av det som planerats fick skjutas på. Under året har följande processer setts över och reviderats: delegering, läkemedel, palliativ vård och inskrivning.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering har börjat se över hjälpmedelsprocessen.

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.



Under våren gjordes inventering av svårläkta sår i alla kommuner i länet. Detta har i sin tur lett till att utbildning för utsedda sårvårdssjuksköterskor kommer att ske under 2022 via regionens försorg.

Samarbete med regionen har utvecklats kring avvikelser vid vårdens övergångar.

Arbete med "Nära vård" har inletts tillsammans med regionen och övriga kommuner.

Lekebergs kommun har också startat en expeditjonsresa inom rehabiliteringen, som kommer att fortsätta 2022. Där vi och Lekebergs VC samarbetar och har en arbetsterapeut och en fysioterapeut avdelade för att utveckla rehabiliteringen.

Vi har inte haft några inhyrda sjuksköterskor eller annan vårdpersonal under 2021. Men rekrytering sker kontinuerligt och en utmaning är nyanställdas introduktion för att de så snabbt som möjligt ska få del av verksamhetssystem, rutiner mm.

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.

Risicanalys har gjorts under våren 2021 med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och enhetschef. Vi använde SKR metod för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunerna. Riskområden som vi identifierade är:

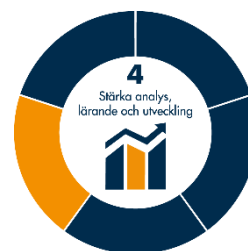
1. Brister i rapportering när patient ska flytta in på säbo eller få korttidsplats.
2. Rapportering – SBAR används inte vid rapportering av baspersonal.
3. Säbo-lokalerna är inte optimala.
4. Involvera patientgrupper eller organisationer i patientsäkerhetsarbetet behöver förbättras då KPR inte har haft några träffar.
5. Vi behöver involvera hela teamet och patienten i Senior Alerts hela process.
6. Baspersonal och till viss del chefer har inte tillräcklig kunskap i HSL-processer och därmed är följsamheten låg.

Åtgärder är gjorda inom område 1 – kartläggning av inskrivningsprocessen är gjord och rutin finns upprättad. Område 5 – baspersonal inom de olika enheterna har utsetts till Senior Alert -ombud och fått inloggning till Senior Alert samt utbildning för att öka sin förståelse och kunskap i varför och hur man ska använda kvalitetsregistret. Område 6 – är ett fortlöpande arbete som alltid måste fortgå och ständigt vara levande. Rutinerna på intranätet uppdateras fortlöpande för att den information som behövs ska finnas nära tillgängligt och vara aktuell.

Under 2022 kommer område 2, 3 och 4 att arbetas vidare med. Område 2 – SBAR: rapporteringsstöd kommer att köpas in och möjlighet till fördjupad utbildning finns, ansvarig är respektive enhetschef. Område 3 – nytt säbo planeras och en förstudie ska göras under början av 2022. Då tar vi med det som vi ser som brister i dag inför planeringen för framtidens boende. Område 4 – så fort KPR startar sina möten så ska de involveras i patientsäkerhetsarbetet på förvaltningsnivån och bli delaktig i planering för aktiviteter.

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

Vi använder Lifecare avvikelser sedan 2021-01-01 för att rapportera in de avvikelser som uppkommer i verksamheten. Eftersom vi bytte system vid årsskiftet så kan inte årets resultat helt jämföras med föregående års. Antalet avvikelser har hela tiden ökat vilket är positivt. Sannolikt finns det ett mörkertal – att inte alla händelser som uppkommer rapporteras in. De allra flesta avvikelser leder till ingen eller måttlig/övergående skada för patienten.

	Fall	ej utf leg ord	läke-medel	dokum	MTP	vårdkedja inom kommun	vårdkedja extern	trycksår	Bemötande	ej genomf SOL	hot våld m/m brukare	TOT
år 2017	252	4	218	0	2	4	3	1	1	37	3	525
år 2018	308	10	271	1	8	2	0	0	2	35	5	642
år 2019	421	9	308	2	8	28	3	1	3	37	12	832
år 2020	479	16	221	5	14	25	13	3	2	57	7	842

	Bemötande	Brister i handläggning	Brister i informationsöverföring	Dokumentation	Fallrapport	Hot o våld m/m brukare	Larm/sök /verksamhetssystem	Läkemedel	Medicinteknisk utrustning	Omv.händelse	Rehabilitering	TOTALT
år 2021	18	29	38	17	394	27	52	294	37	84	4	994

Allvarlighetsgraden kategoriseras. MAS har läst samtliga avvikelser för att säkerställa att kategoriseringen görs likvärdigt. Nedan syns antalet utredningar. Det är färre än antalet rapporter som syns ovan. Flera rapporter kan kopplas ihop i en och samma utredning därav blir det färre utredningar.

Avvikelse typ	År	2021				Antal	
		Katastrofal(4)	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)		
Bemötande				3	8	1	12
Brister i handläggning				4	8	13	25
Brister i informationsöverföring				1	13	23	37
Dokumentation				3	9	5	17
Fallrapport				7	83	250	340
Hot och våld mellan brukare				5	13	6	24
Larm/Sökarsystem/Verksamhetssystem				1	22	24	47
Läkemedel				9	194	64	267
Medicinteknisk utrustning				2	9	16	27
Om vårdnadshändelse				4	33	37	74
Rehabilitering				1	2	1	4
	Antal	0	40	394	440	874	

Av de allvarligare händelserna som är inom hälso- och sjukvårdens område är sju fallhändelser som resulterade i frakturer. Läkemedelsavvikelser som fått klassificeringen betydande är förväxling av tidpunkt, förväxling av läkemedelssort och förväxling mellan patienter dvs att fel person har fått läkemedel som ämnats för någon annan. Ingen av dessa händelser har lett till allvarliga konsekvenser för patienterna utan ses som risk för betydande konsekvenser. En händelse är inskickad till IVO (Inspektionen för vård och

omsorg) enligt Lex Maria och handlade om läkemedelsstöld möjligen i suicidsyfte. IVO har svarat att de anser att vi har gjort tillräckligt för att åtgärda händelsen.

En Lex Maria utredning är också gjord gällande en brukare som fastnade mellan sänggavel och förskrivet stöd- och vändhandtag. Detta rapporterades till Läkemedelsverket och kopia skickades till IVO.

Övriga händelser som bedömts som betydande kan vara exempelvis missade insatser som lett till skada eller risk för skada hos brukaren/patienten.

Den vanligaste avvikelserna är fall. Det är bra att det rapporteras. Fall utan skada eller med mindre skada dominerar, några enstaka händelser orsakade frakturer. Det är ofta samma person som ramlar. Förebyggande åtgärder sätts in och man tar upp problemet på teamträffar 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.

Läkemedelsavvikelse minskade under förra året men har ökat igen 2021. Vi införde digital signering som gör att omvårdnadspersonal får ett bättre verktyg att hålla reda på vem och när läkemedel ska ges.

Glädjande är att trots att vi bytte system vid årsskiftet så har antalet inrapporterade avvikelser fortsatt att öka i antal. Medarbetarna upplever Lifecare avvikelser som ett enklare och tydligare verktyg än det gamla som fanns i Procapita.

Senior Alert är ett verktyg som vi använder för att identifiera risker, hitta bakomliggande orsaker, skapa åtgärder och följa upp.

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 eller i samarbete mellan enhetschef och MAS.

Under året har klagomål inkommit gällande en boende på säbo. Där anhöriga inte varit nöjda med den vård och omsorg som deras närstående har fått. Både patientnämnden och IVO har varit involverade. IVO har ännu inte gett oss svar på utredningen som gjordes. Patientnämnden har avslutat ärendet. Dialog har förts med de anhöriga vid flera tillfällen.

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 till KTC vid USÖ när vi exempelvis får hem en patient med picc-line. I VISAM-modellen är det ett 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. Behovet av skyddsutrustning, kunskap om basal hygienriktlinjen och följsamheten till den har vi fått arbeta en hel del med under året. Sedan pandemin startade våren 2020 och fram till och med 2021 har vi inte haft något utbrott av covid-19 i våra verksamheter. Vi har under 2021 eftervårdades en patient med covid-19, som smittats på sjukhuset. Under pandemins första år var andel smittade i Lekebergs kommun lägst av länets alla kommuner. Under 2021 så har högre andel av befolkningen smittats och vi ligger, i slutet av 2021, ungefär i mitten bland länets kommuner gällande incidens totalt under pandemin.

Pandemin gjorde att dagrehab fick stänga och har ännu inte öppnats. Planering pågår för en nystart under våren 2022.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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:

- Antalet registreringar i kvalitetsregistret BPSD ska öka.
- Andel med korrekt efterlevnad av samtliga moment i punktprevalens mätningen gällande hygien och klädregler ska öka.
- Andel läkemedel som ges i tid ska öka.

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 i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp. Utförs av utsedd sjuksköterska och sammanställs två gånger per år.
Sammantagen bedömning per enhet i kvalitetsregistret Senior Alert görs två gånger per år.

Fortsatt utveckling av egenkontroller ska göras under året.
Vi börjar mäta vårdrelaterade infektioner varje månad från januari 2022.

Processkartläggningar behöver fortlöpande ses över.

Övergången till nytt dokumentationssystem Lifecare HSL från januari 2022 gör att vi får ett mer modernt journalsystem och kan arbeta bättre med vårdplaner.

Pandemin fortsätter och utvecklingen bevakas. Dagrehab beräknas återöppnas under våren 2022.