



Lekebergs  
kommun

# Patientsäkerhetsberättelse för Lekebergs kommun År 2022



2023-02-25

Monika Gustavsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Karin Botvalde Gremark Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer SON 23-54

## 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 .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	8
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	11
Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler .....	11
Vårdrelaterade infektioner .....	11
HALT-mätning .....	11
Kvalitetsregistren .....	12
Senior Alert .....	12
Palliativa registret .....	12
Svedem – särskilt boende .....	13
BPSD .....	13
Journalgranskning .....	14
Egenkontroller legitimerad personal .....	14
Medicintekniska produkter .....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	15
Säker vård här och nu .....	15
Riskhantering .....	16
Stärka analys, lärande och utveckling .....	16
Avvikelser .....	16
Klagomål och synpunkter .....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	18

## SAMMANFATTNING

Även 2022 var ett år som präglades av pandemi. Vi hade fram till januari 2022 varit förskonade i Lekeberg och inte haft någon covidsmitta i våra verksamheter. Januari 2022 kom dock covid till våra enheter, då både personal och patienter drabbades. Ingen patient har avlidit av smittan, vilket gör oss till en av få kommuner i Sverige som klarat sig bra i pandemin.

Vi har under våren gått över till ett mer modernt verksamhetssystem: Lifecare HSL. Detta har föregåtts av information och förberedelse. Efter införandet har det behövts fortsatt arbete med att implementera framför allt NI-processen (NI= nationell informationsstruktur som utarbetats av Socialstyrelsen) och det har krävt en del arbete för legitimerade yrkesgrupper. Trots detta har vi lyckats förbättra resultatet i journalgranskningen under året jämfört med tidigare.

Nämndens mål för hälso- och sjukvårdens område har vi uppnått under 2022 – det handlade om andel läkemedel som hanterats i tid, antal registreringar i BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) samt förbättring i efterlevnad av hygienrutin samt klädregler.

Ökad samverkan mellan regionen och kommunen har skett inom flera områden som exempelvis, expeditonsresa, nära vård, dietist direkt samt demensteam.

Läkemedelshanteringen har granskats av extern farmaceut från Apoex. Vi hade flera förbättringsåtgärder att arbeta vidare med. Kontrollen av narkotikaklassade läkemedel i patienternas läkemedelsskåp har visat ett svinn under hösten. Vi planerar att införa läkemedelsskåpen med spårningsfunktion som gör att vi kan se vem och när man har öppnat skåpen och lättare kan utreda kommande händelser.

Ett förbättringsområde är patientens delaktighet som är en del av vårt arbete med ”nära vård”, genom att patienten ska bli medskapare till sin vård och inte endast vara konsument.

De resultat vi har för 2022, via exempelvis kvalitetsregister, visar att mycket går åt rätt håll. Vi saknar dock inte utmaningar för framtiden som ex. personalomsättning, låg bemanning av arbetsterapeuter. IVO's pågående nationella granskning av säbo kan ge även oss kritik – vi väntar fortfarande på deras beslut.

Mål och strategier för 2023 är bland annat att fokusera på att öka patientens delaktighet i sin vård. Att det även i journalen ska framgå hur patienten varit delaktig i framtagande av vårdplaner. Fortsatt arbete med dokumentation i Lifecare HSL behövs. Hygienrutiner ska följas för att undvika smittspridning.

Läkemedel ska ges i rätt tid till rätt person och på rätt sätt. Kvalitetsregistren (som Senior Alert och palliativa registret) ska användas för att identifiera risker och åtgärder vidtas och följs upp.

Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga, psykiska symtom vid demenssjukdom) ska följas extra noggrant under året för att förbättra vården av de med kognitiv svikt. Riskanalys, processkartläggningar och rutiner behöver fortlöpande ses över och arbetas med. Inköp av läkemedelsskåp med spårbarhet för narkotikaklassade läkemedel behöver göras under året. Upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.

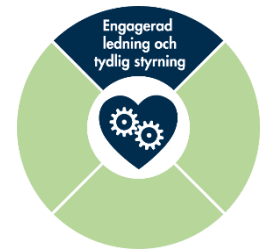
# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §*

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.

Antalet registreringar i BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) har gått från att senaste åren legat runt 20–25 registreringar till att under 2022 har 85 registreringar på 56 olika personer gjorts. Hos 90% av de som har en demenssjukdom uppkommer BPSD någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD är hallucinationer, motorisk oro, sömnsvårigheter, ångest och apati. Arbetet med BPSD-registret skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön. Livskvaliteten för personer med demenssjukdom ökar genom att bemötande- och kommunikationsplaner samt omvårdnadsåtgärder skapas utifrån individens behov.

Punktprevalens mätningen gällande hygien och klädregler har genomförts vid två tillfällen under 2022. Vårens resultat (52,4% korrekt i samtliga 8 steg som mäts) var betydligt sämre än tidigare och vi hamnade lägre än rikets snitt. Höstens mätning visade däremot på ett betydligt bättre resultat än alla tidigare mätningar (72,8%). 2021 hade vi det dittills bästa resultatet då vi låg på 66% korrekt i samtliga steg som mäts. Att ha en god efterlevnad av hygienrutinerna är en förutsättning för att minska smittspridning av alla bakterier och virus samt att minska risken för att multiresistenta bakterier kommer in och sprids.

Läkemedel som ges i tid ska öka. Hantering av läkemedel kan vi följa via digital signeringsapp. I början av 2021 hanterades 65% av läkemedel inom utsatt tidsfönster. Detta har successivt ökat och i slutet av 2022 ligger vi på 85%. Målet är att vi ska nå fram till minst 90%. Detta har Oxelgården nått sedan våren 2022, övriga enheter har mer eller mindre långt kvar.

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. Resultat av internkontrollen visar att vi successivt har förbättrat dokumentationen. Kontroll av läkemedelsförråd har i stort sett inte visat några avvikelser. Däremot finns det en del avvikelser i läkemedelsskåp som förvaras hos patienterna och som även baspersonal har tillgång till. Åtgärder planeras inför 2023. SeniorAlert har vi fått ett förbättrat resultat jämfört med tidigare år.

## 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 köptes fram till 220901 från Degerfors kommun men nu har vi egen MAR som kombinerar uppdraget med Verksamhetscontroller.

### 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.

#### Övrigs 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.

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.

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.

”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 2022 har vi haft en farmaceut från Apoex som gjort granskningen. Några förbättringsområden har identifierats och arbetas med. Ny granskning och uppföljning sker hösten 2023.

#### **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 samt olika nätverksträffar för enhetschefer i länets kommuner förekommer regelbundet, vilka sammanhålls av VVF i Region Örebro län.

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. En utredning pågår inom Regionen för att få en bättre hantering av dessa avvikelser.

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 2023 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. Objektplan håller på att utarbetas tillsammans med IT-förvaltningen och systemansvariga för verksamhetssystemet inom socialförvaltningen.

Loggar tas regelbundet av Verksamhetscontrollor 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 2021-2022. På arbetsplatsträffar med sjuksköterskor var även MAS inbjuden under våren 2022 och därmed fick arbetsmiljö och patientsäkerhetsfrågor plats på samma möte. MAR träffar arbetsterapeuterna varje torsdag för att gå igenom aktuella frågor. Från hösten 2022 har vi gemensamma HSL-möte för all legitimerad personal som leds av MAS och MAR.



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 2021 uppkom en del svinn. Detta gjorde att vi köpt in speciella narkotikaskåp som även registrerar vem som har varit inne i skåpen och vid vilken tidpunkt. Sedan dessa skåp installerats har svinnet minskat markant och har i princip upphört.

Däremot förekommer det en del svinn ur läkemedelskåpen, främst på Linden och Hasselbacken under hösten 2022. Vi planerar under 2023 köpa in läkemedelskåp med spårningsfunktion, liknande det vi har i läkemedelsförråden.



## 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 2022 haft en god bemanning av sjuksköterskor och arbetsterapeuter men rekrytering är ett pågående arbete, främst av sjuksköterskor som vikarier/timanställningar. 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.

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” samt webbutbildning kring basal hygien varje år. Nytt från hösten 2022 är att även ett test via Apoteket ska göras, med rekommendationen att minst 80% av frågorna ska ha korrekta svar innan man kan vara aktuell för delegering. Det är dock alltid den delegerade sjuksköterskan som avgör om en delegering ges. Baspersonalen ska även själva vilja ta emot delegeringen.

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.

Arbetsterapeuterna har 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 2022 var det 38 vårdpersonal som gick lyftkörkortsutbildningen. Detta är en utbildning som all vårdpersonal behöver genomgå regelbundet för att få vara person nummer ett vid förflyttning med lyft.

Arbetsterapeuterna har 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.

Demensteam är bildat under året. Biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska ingår i teamet, även vårdsamordnaren på VC ingår sedan slutet av 2022 i demensteamet. Teamet tar emot personer som fått diagnos demenssjukdom för att följa upp och ge stöd till både den som har fått diagnos och dennes närstående. Anhörigstöd i form av anhörigcirkel ges av teamet, liksom stöd till övriga personalgrupper vid olika former av problem.

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 baspersonal. 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.

Vårdhygien från regionen ansvarar för hygienombudsutbildning. Den har pga pandemin inte blivit genomförd under 2022.

Fyra sjuksköterskor har gått sin specialistutbildning till distriktsköterska under året.

MAS och MAR har under året varit på samtliga APT i verksamheten för att utbilda/informera om ny reviderad ”Riktlinje kring skyddsåtgärder och tvångs- och begränsningsåtgärder” som är länsövergripande.

## 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 få möten under året varför detta har varit svårt att genomföra som planerat.

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.

IVO har utrett ett klagomål som startade 2020-2021 och först under februari 2023 fick vi beslut från IVO. IVO anser att vi gett den vård som vi ska samt att vi dokumenterat enligt författningar.

## 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

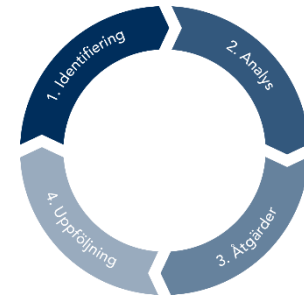
PPM har utförts av hygienombuden två gånger under året.

Resultat:

Våren 2022 gjordes 82 observationer. Korrekt i alla moment fanns i 52,4% av observationerna. (Jämfört med våren 2021 är det en försämring från 66% korrekt)

Hösten 2022 gjordes 81 observationer och korrekt i alla moment utgjorde 72,8% av observationerna. (Jämfört med hösten 2021 är det en klar förbättring från 64%)

Det är stora skillnader mellan enheterna. Hemtjänsten hade hösten 2022 bäst resultat med 90,9% helt korrekta observationer i efterlevande av både hygien och klädreglerna. Den som hade sämst resultat hade 50% helt korrekta observationer vilket är en förbättring. (År 2021 var det Linden och Oxelgården som hade bäst resultat med 79% helt korrekta observationer). Resultaten är överlämnade till respektive enhetschef som ansvarar för att förbättra resultatet.

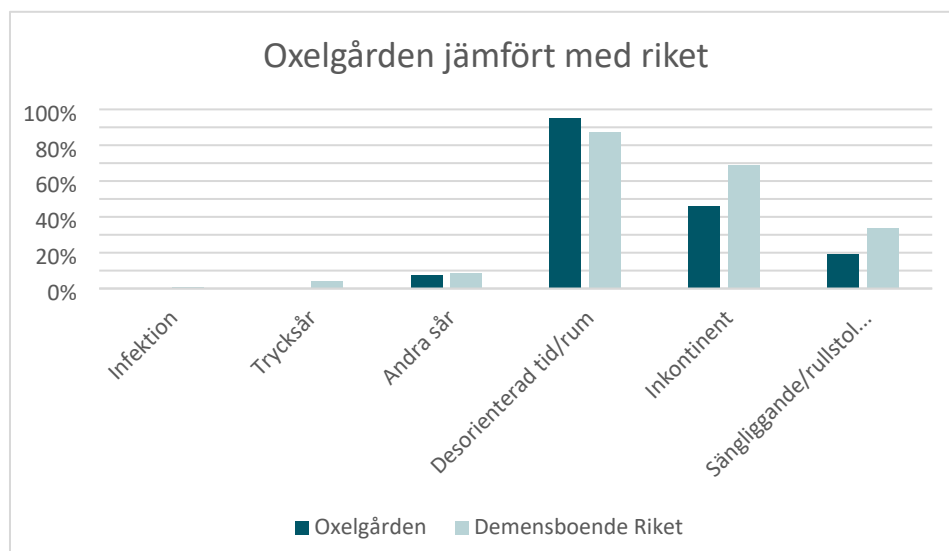


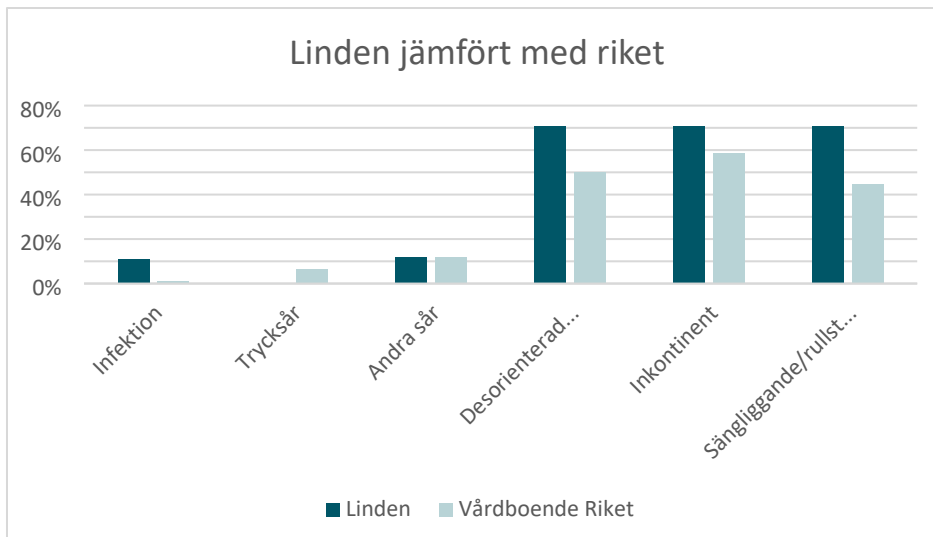
### Vårdrelaterade infektioner

Vi har under 2022 mätt hur många vårdrelaterade infektioner som uppstått i vår verksamhet. Tyvärr har alla enheter inte varit lika flitiga att rapportera in, varför resultatet är osäkert. Den vanligaste infektionen (som redovisats) var sårinfektion, tätt följd av urinvägsinfektion utan KAD.

### HALT-mätning

Vi har för första gången deltagit i HALT-mätning som är en stickprovsmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende vid en dag under hösten. (HALT =Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities)





Få infektioner hos oss men som bifynd får man jämförelser med motsvarande boenden i riket. Och kan se att våra säbo har högre vårdtyngd när det gäller en del parametrar som synes i bilderna ovan.

## Kvalitetsregistren

### Senior Alert

Antalet unika personer har ökat sedan tidigare år. Kvaliteten har också förbättrats vilket syns i diagrammet nedan (genom att det finns fler gröna fält och vi har inte längre några orange eller röda fält.)

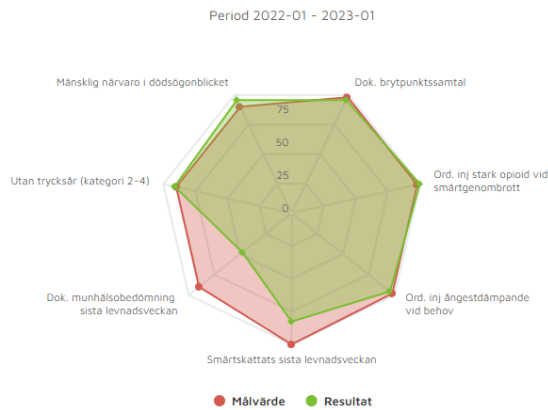
Sverige / Kommun / Region:  År:  Typ av enhet:  [Exp](#)

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
Lekebergs kommun	131	88% <span>166 av 189</span>	86% <span>143 av 166</span>	95% <span>158 av 166</span>	83% <span>153 av 185</span>	20 <span>15 personer</span>	41 <span>personer</span>	68 <span>18 personer</span>	47 <span>personer</span>
Lekeberg Hemvård	45	70% <span>32 av 46</span>	81% <span>26 av 32</span>	84% <span>27 av 32</span>	100% <span>41 av 41</span>	3 <span>3 personer</span>	9 <span>personer</span>	2 <span>2 personer</span>	5 <span>personer</span>
Lekeberg LSS-verksamhet	5	40% <span>2 av 5</span>	100% <span>2 av 2</span>	100% <span>2 av 2</span>	0% <span>0 av 0</span>	0 <span>0 personer</span>	0 <span>personer</span>	0 <span>0 personer</span>	1 <span>personer</span>
Linden	44	97% <span>56 av 58</span>	82% <span>46 av 56</span>	98% <span>55 av 56</span>	79% <span>53 av 67</span>	14 <span>10 personer</span>	18 <span>personer</span>	4 <span>3 personer</span>	19 <span>personer</span>
Oxelgården	48	95% <span>76 av 80</span>	91% <span>69 av 76</span>	97% <span>74 av 76</span>	77% <span>59 av 77</span>	3 <span>2 personer</span>	17 <span>personer</span>	62 <span>14 personer</span>	22 <span>personer</span>
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

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.

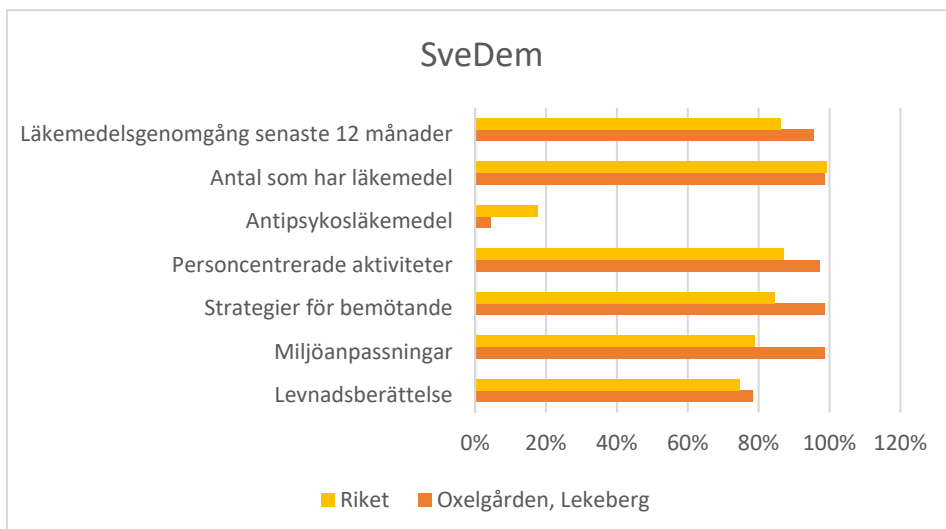
### Palliativa registret

Här registreras de som har avlidit i vår verksamhet och visar vården den sista veckan i livet. Resultatet har förbättrats jämfört med föregående år. Förutom dokumenterad munhälsobedömning som försämrats. Jämfört med riket så har vi bättre resultat på alla områden utom munhälsobedömningen. 38% av alla som har avlidit i Lekebergs kommun har gjort det inom kommunal hälso- och sjukvård. 14% har avlidit inom regionens vård. Övriga avlidna har inte registrerats i Palliativa registret.



### Svedem – särskilt boende

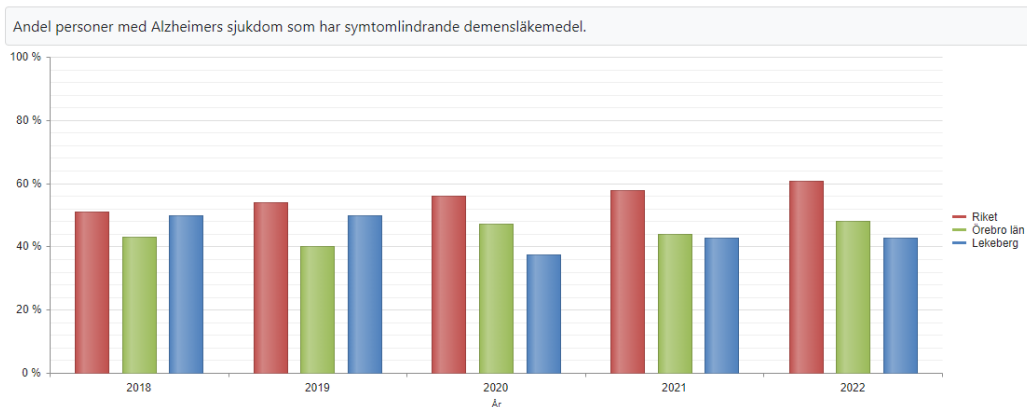
Svedem ett kvalitetsregister för uppföljning av demensvård och använts på Oxelgården.



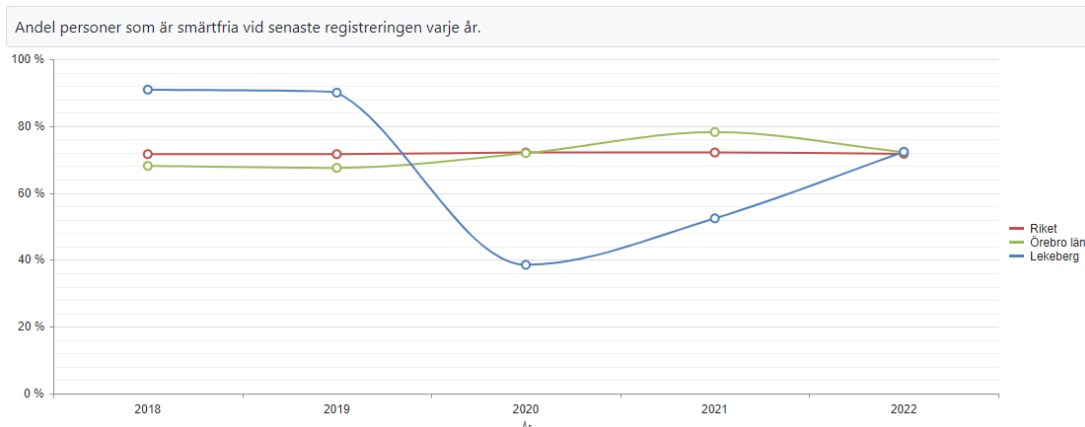
Oxelgårdens resultat är genomgående bättre än övriga säsbon i riket som har registrerat sina resultat i Svedem 2022.

### 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 haft runt 25 registreringar under tidigare år och det är för lite för att man ska kunna få ut tillförlitlig statistik på enhets resp kommunnivå. Målsättningen inför 2022 var att antalet registreringar skulle öka vilket de också har gjort. Vi har under 2022 haft 85 registreringar. Exempel på resultat ur BPSD:



9 av 21 med Alzheimer har symtomlindrande demensläkemedel i Lekeberg – sämre än riket och 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

Sammanlagt har 44 slumpvist utvalda journaler från samtliga enheter granskats under året.

Resultat: Förbättringar sedan föregående journalgranskningar märks vid varje granskning. Det finns dock förbättringsområden som exempelvis dokumentera om patientens delaktighet – en punkt som är ny för året samt att registrera om närmaste anhörig vill kontaktas nattetid.

Vi har under våren gått över från Procapita till Lifecare HSL. Superanvändare har tillsammans med MAS och MAR, tillika systemansvariga, arbetat med att få till utbildningar och så bra checklistor som möjligt för att underlätta övergången och det fortsatta arbetet. Hjälpmedelsmodulen i Lifecare HSL visade sig inte hålla måttet utan har varit sämre än Procapita.

## Egenkontroller legitimerad personal

Under 2022 har vi använt en checklista för egenkontroll för både sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Enhetschefen har följt upp ett par gånger under året. För arbetsterapeuterna framgår det att: rutin saknas för instruktion som arbetsterapeuterna utför. Samtycke är inte alltid dokumenterat. Patienterna är inte alltid delaktiga vid upprättande av vårdplaner. I checklistan för sjuksköterskor framkommer att: efterlevandesamtal till anhöriga erbjuds inte alla. Uppföljning av delegering behöver förbättras. Patienternas delaktighet vid upprättande av vårdplaner behöver förbättras även för sjuksköterskorna. Enhetschefen fortsätter att följa upp de utpekade egenkontrollerna även 2023.

## 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 och MAR har under 2022 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: skyddsåtgärder och delegering. Medicinskt ansvar för rehabilitering har börjat se över hjälpmedelsprocessen. Rutiner och riktlinjer ses kontinuerligt över och publiceras på intranätet.

## 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 2021 gjordes inventering av svårsläta sår i alla kommuner i länet. Detta har i sin tur lett till att utbildning för utsedda sårvårdssjuksköterskor har genomförts under 2022 via regionens försorg.

Regionen har ett pågående arbete kring avvikelser vid vårdens övergångar.

Arbete med ”Nära vård” har startat tillsammans med regionen och övriga kommuner. Lekebergs kommun har också under 2022 genomfört en så kallad ”expeditionsresa” inom rehabiliteringen. Där vi och Lekebergs VC samarbetat och hade en arbetsterapeut och en fysioterapeut avdelade för att utveckla rehabiliteringen. Arbetet med rehabiliteringen fortsätter nu via Valfärd och folkhälsa, Region Örebro län under 2023, där en av våra arbetsterapeuter fortsatt ingår.

Vi har under en kort period haft inhyrda sjuksköterskor under 2022.

## 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.

Riskanlys har gjorts årligen och senast våren 2022 med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och enhetschef. Riskområden som vi identifierade är:

1. IT-haveri - vårt verksamhetssystem ligger nere, arbetslistor, journaler, rutiner kan inte nås.
2. Sjukhuset gör inte sin del vid utskrivning – saknar ordinationer, läkemedel, hjälpmedel.
3. Okunskap hos baspersonal – rapportering till legitimerad personal är otillräcklig och för ostrukturerad. Patienter riskerar bli bortprioriterad och får inte hjälp i rätt tid.
4. Hygienrutinerna följs inte – risk för fler vårdrelaterade infektioner och fler multiresistenta bakterier.
5. Baspersonal har inte tillräcklig kunskap i hjälpmedel. Hjälpmedel blir inte rengjorda korrekt. Hjälpmedel används ej på rätt sätt.
6. Enhetschefer har för låg kunskap om HSL, otillräcklig introduktion vid nyanställning – svårt för chef att ta ansvar för HSL-uppdrag.
7. Brist på förbrukningsmaterial och hjälpmedel.

Åtgärder är genomförda för de riskerna gällande IT-haveri. Många av de övriga punkterna är pågående och ett fortlöpande arbete behöver göras. Rutinerna på intranätet uppdateras fortlöpande för att den information som behövs ska finnas nära tillgängligt och vara aktuell.

## 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 så kan inte resultat från de senaste åren 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/verksamhetsystem	Läkemedel	Medicinteknisk utrustning	Omv.händelse	Rehabilitering	TOTALT
år 2021	18	29	38	17	394	27	52	294	37	84	4	994
år 2022	12	36	48	8	553	13	58	377	30	117	5	1257

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.

	Allvarlighetsgrad	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)	Antal
Bemötande		2	6	3	11
Brister i handläggning		1	26	7	34
Hot och våld mellan brukare		1	6	2	9
Fallrapport		6	130	301	437
Läkemedel		19	244	92	355
Omvårdnadshändelse		16	56	36	108
Larm/Sökarsystem/Verksamhetsystem		11	33	10	54
Brister i informationsöverföring		10	26	9	45
Medicinteknisk utrustning		1	10	14	25
Dokumentation			5	3	8
Rehabilitering			3	1	4
Antal		67	545	478	1090

Av de allvarligare händelserna som är inom hälso- och sjukvårdens område är sex fallhändelser som resulterade i frakturer (motsvarar 1,1% av alla fallrapporter). 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. Av alla överlämningar av läkemedel som görs har 0,006% lett till avvikelserapport av kategori betydande. Två händelser har lett till Lex Maria-utredningar. En utredning gick till IVO och handlade om att en patient fick dubbel dos insulin. Detta upptäcktes direkt och patienten led ingen skada eftersom åtgärder sattes in direkt. Undersköterskan har inte längre delegering av insulin.

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

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

Under 2022 har 15 avvikelserapporter skrivits som gäller regionen. De har fått del av rapporterna och i 10 fall har vi fått återkoppling från regionen med åtgärder och ibland med förklaring till händelserna.

## 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.

Vi väntar fortfarande på beslut från IVO kring ett klagomål från anhöriga på vården av en patient på särskilt boende. Detta ärende startade 2020 och beslut kom under februari 2023. IVO anser att vi har gett den vård och omsorg som patienten skulle ha och kritiserar alltså inte kommunen.

En anhörig önskade korttidsplats med inriktning rehabilitering för personer under 65 år. Vilket är svårt att tillgodose i en liten kommun.

## 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. IVO har under några år gjort tillsyn på särskilda boenden i landet. Under september 2022 var de på besök hos oss och vi har ännu inte fått del av beslut efter granskningen. Behovet av skyddsutrustning, kunskap om basal hygienriktlinjen och följsamheten till den har vi fått arbeta en hel del med även under 2022. Sedan pandemin startade våren 2020 och fram till och med 2021 har vi inte haft något utbrott av covid-19 i våra verksamheter. Men januari 2022 kom covid-19 in både på säbo, LSS och i hemtjänsten. Både personal och patienter/brukare smittades. Ingen har dock avlidit till följd av covid-19 under 2022. Under pandemins första år var andelen smittade i Lekebergs kommun lägst av länets alla kommuner (gäller alla medborgare i kommunen). Under 2021 så har högre andel av befolkningen smittats och vi låg, i slutet av 2021, ungefär i mitten bland länets kommuner gällande incidens totalt under pandemin. Slutet av 2022 hade vi klättrat ytterligare och var på femteplats efter större order som Kumla, Örebro, Hallsberg och Nora. Totalt hade, i slutet av 2022, Lekeberg haft 2659 fall med covid-smitta, varav 61 var i våra verksamheter.

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.

Pandemin gjorde att dagrehab fick stänga och har nystartat igen under våren 2022.

## 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.

Läkemedel ska ges i rätt tid till rätt person och på rätt sätt.

Kvalitetsregistren (som Senior Alert och palliativa registret) ska användas för att identifiera risker och åtgärder vidtas och följs upp. Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga, psykiska symtom vid demenssjukdom) ska följas extra noggrant under året för att förbättra vården av de med kognitiv svikt.

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

Inköp av läkemedelsskåp med spårbarhet för narkotikaklassade läkemedel behöver göras under året.

Upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.