



Lekebergs
kommun

Patientsäkerhetsberättelse för Lekebergs kommun År 2023



2024-01-30

Monika Gustavsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Diarienummer SON 24-24

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	10
Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler	10
Vårdrelaterade infektioner	11
HALT-mätning	11
Kvalitetsregistren	11
Senior Alert	11
Palliativa registret	11
Svedem – särskilt boende	12
BPSD	12
Journalgranskning	13
Egenkontroller legitimerad personal	13
Medicintekniska produkter	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	15
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	16
Läkemedelshantering	17
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

SAMMANFATTNING

Under 2023 har fokus varit på att öka patientens delaktighet i sin vård. Hur patienten varit delaktig i framtagande av vårdplaner ska dokumenteras. Vi använder journalgranskningen som redskap för att mäta delaktigheten. Vi har fått bättre resultat under höstens granskning där patientens delaktighet har framgått i 52% av de granskade journalerna. Vi behöver fortsatt arbeta på dokumentation i Lifecare HSL och inte bara delaktigheten.

Hygien- och klädrutiner ska följas för att undvika smittspridning. Två mätningar är gjorda under året och resultatet har försämrats. I höst var 66% av observationerna korrekta i alla delarna som mäts.

Läkemedel ska hanteras i rätt tid till rätt person och på rätt sätt. Även här har inte förbättringarna skett i önskvärd omfattning. Det är dock stora skillnader mellan enheterna. Oxelgården och Kastanjen har lyckats bra. Övriga enheter har olika långt kvar till målet minst 90% hanterade i rätt tid. Förvaltningens samlade resultat för året blev 87,4%. Inköp av läkemedelsskåp med spårbarhet för narkotikaklassade läkemedel har gjorts och börjar installeras under 2024. Detta gör att vi bättre kan utreda när svinn uppstår.

Kvalitetsregistren (som Senior Alert och palliativa registret) ska användas för att identifiera risker och åtgärder vidtas och följs upp. Resultatet visar godkänt för båda registren. Kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga, psykiska symtom vid demenssjukdom) ska följas extra noggrant under året för att förbättra vården av de med kognitiv svikt. 2022 var antalet registreringar 86 stycken under året och för 2023 var det 36 registreringar. Har man få registreringar är det svårare att lita på att statistiken vi kan få fram är rättvis. Man får också svårare att se vilka förbättringsområden som enheten eller gruppen har.

Risikanalys och processkartläggningar har utförts i lägre omfattning under 2023. Rutiner ses fortlöpande över och arbetas med.

Vi har utvecklat delegeringsrutinen under året och köpt in utbildning via Apoteket för alla som ska delegeras. Detta tror vi kommer att öka säkerheten vid läkemedelshanteringen. Det finns en risk att inte lika många kommer klara av att få en delegering när vi samtidigt skärpt kraven.

2023 har varit ett år när Medicinskt ansvarig sjuksköterska arbetat 50% under sista halvåret och under första halvåret delvis haft andra uppdrag. Medicinskt ansvarig för rehabilitering slutade sin tjänst efter sommaren. Detta har gjort att bland annat målsättningen att upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet inte har fullgjorts. Dessutom har det varit stor omsättning på chefer inom äldreomsorgen och även socialchef har bytts ut några gånger under året. Dessa omständigheter gör sammantaget att utvecklingsarbeten i många delar har fått stå tillbaka.

Under året har ett förslag tagits fram på nytt hemsjukvårdsavtal mellan kommunerna och regionen. Avtalet är preliminärt beräknat att träda i kraft 2025-01-01.

Under året har också pandemin avslutats. För oss i vården har det inte lett till några ändringar i våra rutiner. Patienter med symtom testas, vårdas och behandlas som under pandemin.

Genomlysning av rehabenheten har gjorts under 2023 och målet är att effektivisera enheten och låta fler medborgare få del av insatserna.

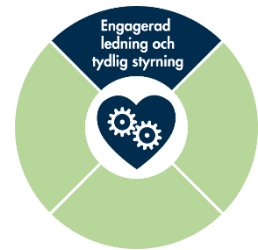
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 2023 har det varit hög personalomsättning inom

Socialförvaltningen och flera enhetschefer har slutat sin tjänst. Vissa enheter (Linden, hemtjänsten och hälso- och sjukvårdsenheten) inom äldreomsorgen har haft 3-5 olika chefer under året. Vi har även haft tre olika socialchefer under 2023. Under september 2023 har Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) slutat sin tjänst. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har under största delen av året arbetat 50%.

Chefsomsättningen och brist på ledningsresurser är en utmaning som har gjort att flera av de utvecklingsområden som förvaltningen har, även inom hälso- och sjukvårdens område, har fått stå tillbaka under året. Många av resultaten som redovisas nedan har också försämrats.

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:

- Andel journaler med dokumenterad patientdelaktighet – resultatet från senaste journalgranskningen är att 52% av journalerna har dokumenterad patientdelaktighet mot 21% föregående år. En förbättring men vi har inte nått målet på 80%.
- Andel med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler – höstens resultat var 66% korrekt vilket inte nådd upp till målet som var satt på över 80%.
- Andel läkemedel som ges i tid – genomsnittet för 2023 är 87,4% 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%.

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. Resultatet för 2023 är att vi har både förbättringar och försämringar så i stort sett samma resultat som föregående år.
- Regelbunden kontroll i läkemedelsförråd och läkemedelsskåp. Utförs av utsedd sjuksköterska och sammanställs två gånger per år. Vi har svinn främst i läkemedelsskåpen som både sjuksköterskor och delegerad baspersonal har tillgång till. Vi har köpt in digitala läkemedelsskåp som börjar installeras från januari 2024. Då kan vi bättre ha 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, finns betydligt färre missar och då har man glömt att signerat uttagen dos.
- Sammantagen bedömning per enhet i kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) görs två gånger per år. Antal registreringar har minskat under 2023 (36) jämfört med 2022 (85).

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 avslutade sin tjänst 230930 och då har MAS även haft MAR-uppdraget.

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.

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. Dietisk kan också komma på verksamhetsbesök.

Extern granskning av läkemedelshanteringen görs årligen. Under 2023 har vi haft en farmaceut från Apoex som gjort granskningen. Några förbättringsområden har identifierats och arbetas med. Ny granskning och uppföljning sker hösten 2024.

Under året har förslag till nytt hemsjukvårdsavtal mellan kommunerna och regionen arbetats fram där även rehabilitering, medicintekniska produkter och förändring i den ekonomiska regleringen ingår. Beslut om nytt avtal förväntas tas under 2024, med start under 2025.

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 flera gånger per år för att diskutera samarbete och gemensamma utvecklingsområden. Arbetsterapeuterna har träffat fysioterapeuterna minst en gång per termin för diskussion kring gemensamma processer och informationsöverföring bland annat. Under 2023 har en struktur utarbetats inom Processen "Nära vård" gällande träffar med vårdcentralen och nu har även arbetsterapeuterna deltagit i möten med representanter från vårdcentralen. Även ledningen för kommunens hälso- och sjukvård träffar chefen för vårdcentralen för att diskutera utvecklingsfrågor. 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.

Loggar tas regelbundet av Verksamhetscontrollern 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.

Vi har under året haft speciella HSL-möten där MAS/MAR har mött sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Dessa möten är för att informera, diskutera och skapa olika arbetsgrupper kring olika 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 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. Vi har under 2023 köpt in läkemedelsskåp med spårningsfunktion, liknande de vi har i läkemedelsförråden. Dessa kommer att installeras på alla enheter under början av 2024.

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 2023 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.

Delegeringsrutinen har kontinuerligt setts över och inför 2023 infördes ett test via apoteket som ska tas av baspersonal som vill delegeras läkemedelshandlingen. Testet är sedan en vägledning för sjuksköterskorna som delegerar vad personen har förstått kring läkemedelshandling. Under hösten 2023 har vi gått igenom rutinen igen och inför 2024 köpt in utbildning via apoteket för att ytterligare stärka kompetensen hos baspersonalen inför delegering av läkemedel. Nu har vi också satt en gräns för hur många procent av testet som baspersonalen ska klara för att få en delegering (=85%). Det är dock alltid den delegerade sjuksköterskan som avgör om en delegering är möjlig. Baspersonalen ska även själva vilja ta emot delegeringen. Risken finns att fler inte klarar testet och därmed inte får en delegering men samtidigt ger vi bättre utbildning till baspersonalen. Utvärdering av rutinen kommer att göras hösten 2024.

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

Under 2023 var det 26 vårdpersonal som gick lyftkörkortsutbildningen enligt anmälningslistorna. Detta är en utbildning som all vårdpersonal behöver genomgå regelbundet för att få vara person nummer ett vid förflyttning med lyft.

Arbetsterapeuterna fick dra ner en tjänst under våren och det planerade utvecklingsarbetet med bland annat utbildningar fick stå tillbaka. Nu har de inför 2024 fått tillbaka en tjänst och därför hoppas vi att de kan återuppta arbetet med verksamhetsutveckling under detta år.

Demensteam bildades 2022. 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 anhängningscirklar ges av teamet, liksom stöd till övriga personalgrupper vid olika former av problem.

Vi har under 2023 genomfört fyra 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.

Vårdhygien från regionen ansvarar för hygienombudsutbildning. Den har under pandemin varit pausad men har kommit igång under hösten 2023.

En sjuksköterska går specialistutbildning till distriktsköterska och beräknas bli klar hösten 2024. Det finns ytterligare tre ordinarie distriktsköterskor på enheten.

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 möten förrän hösten 2023. Eftersom vi haft brist på MAS/MAR resurser under hösten har KPR inte involverats i arbetet inför 2024.

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. Det har framförts 12 klagomål/synpunkter som rapporterats in i Lifecare avvikelser under 2023. En av dessa berör delvis hälso- och sjukvården och handlar om utebliven träning och att läkemedel tagit slut.

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.

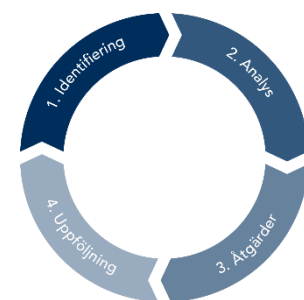
Punktprevalens mätning av hygien- och klädregler

PPM har utförts av hygienombuden två gånger under året.

Resultat:

Våren 2023 gjordes 53 (2022 gjordes 82) observationer. Korrekt i alla moment fanns i 60,4% av observationerna. (Jämfört med våren 2022 då resultatet var 52,4% och 2021 var det 66% korrekt)

Hösten 2023 gjordes 52 observationer (jämfört med 81 hösten 2022) och korrekt i alla moment utgjorde 66% av observationerna. (Jämfört med hösten 2022: 72,8% och hösten 2021: 64%)



Antalet observationer har minskat sedan föregående år. Resultatet har inte heller nått målsättningen att förbättra resultatet jämfört med året innan. Det är dessutom stora skillnader mellan enheterna. Resultaten är överlämnade till respektive enhetschef som ansvarar för att förbättra resultatet.

Vårdrelaterade infektioner

Vi har sedan 2022 mätt hur många vårdrelaterade infektioner som uppstått i vår verksamhet. Tyvärr har enheterna inte varit flitiga att rapportera in, varför resultatet är osäkert. Den vanligaste infektionen (som redovisats 2023) är urinvägsinfektion utan KAD.

HALT-mätning

Vi har på grund av resursbrist inte deltagit i HALT-mätning 2023. HALT-mätning 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. Vid föregående års mätning hittades få infektioner hos oss.

Kvalitetsregistren

Senior Alert

Antalet unika personer har ökat och har nått en högsta nivå, sedan MAS började ta fram statistik 2018. I år har vi några gula fält: två enheter som inte har skrivit i bakomliggande orsaker när patienter har risker. Eftersom man inte dokumenterar orsaker till risken så kan det vara svårt att ha åtgärder som fungerar bra mot orsaken. Samma enheter har inte heller dokumenterat att åtgärder vid risk har utförts.

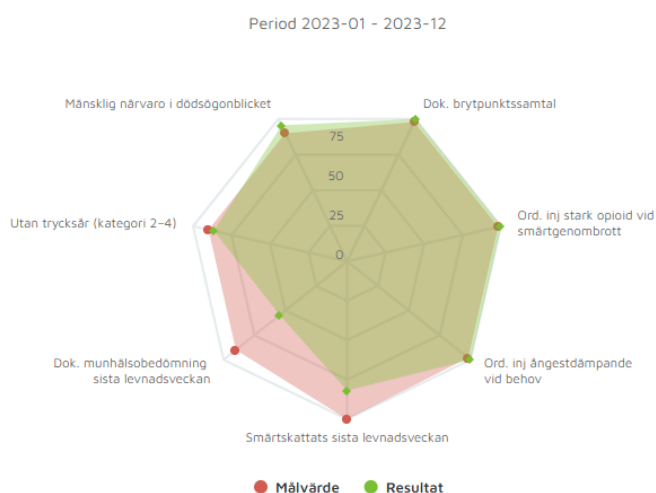
Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Lekebergs kommun	149	92% ↑ 172 av 187	81% ↓ 139 av 172	95% ↓ 163 av 172	81% ↓ 110 av 136
Lekeberg Hemvård	52	79% ↑ 42 av 53	69% ↓ 29 av 42	95% ↓ 40 av 42	74% ↓ 25 av 34
Lekeberg LSS-verksamhet	6	86% ↑ 6 av 7	67% ↓ 4 av 6	83% ↓ 5 av 6	33% ↑ 1 av 3
Linden	65	99% ↑ 76 av 77	88% ↑ 67 av 76	95% ↓ 72 av 76	88% ↑ 44 av 50
Oxelgården	38	96% ↑ 48 av 50	81% ↓ 39 av 48	96% ↓ 46 av 48	82% ↑ 40 av 48
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	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

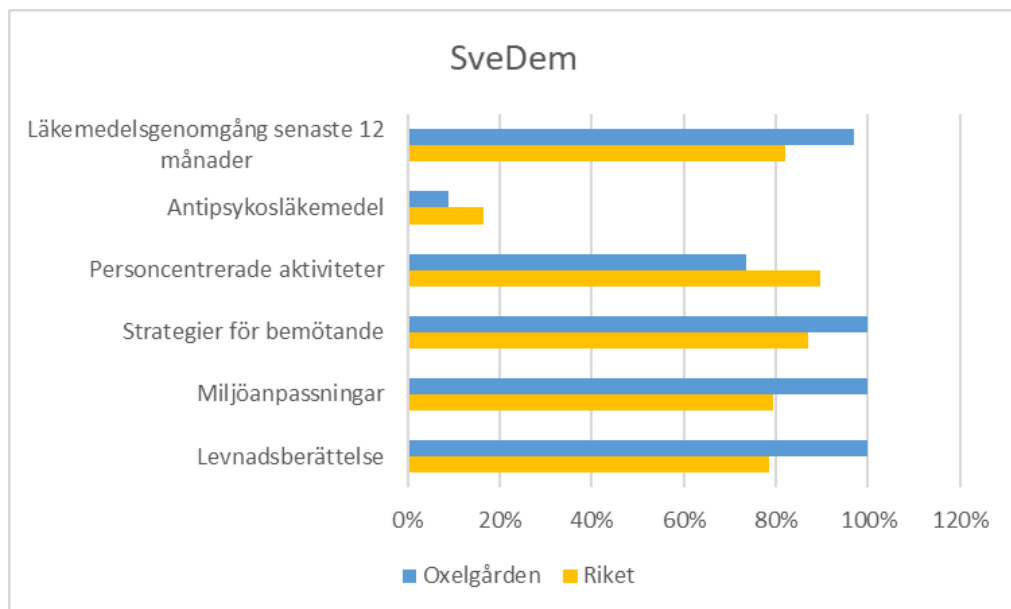
Här registreras de som har avlidit i vår verksamhet och visar vården den sista veckan i livet. Resultatet har förbättrats jämfört med föregående år. Förutom dokumenterad munhälsobedömning som försämrats. Jämfört med riket så har vi bättre resultat på alla områden utom munhälsobedömningen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Svedem – särskilt boende

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

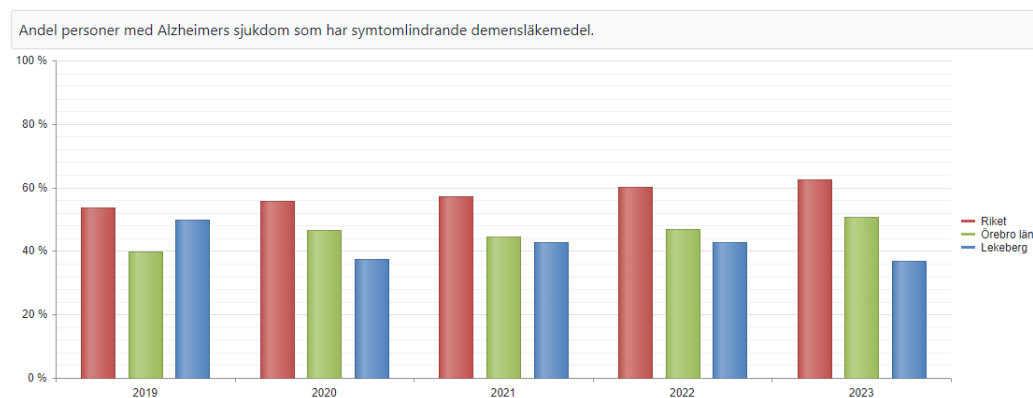


Något färre uppdateringar är gjorda under 2023 jämfört med 2022. Men resultatet gällande levnadsberättelse, miljöanpassningar, strategier för bemötande är genomgående bättre än för riket. Vi kan förbättra personcentrerade aktiviteter (på Oxelgården har 73,5% tillgång till personcentrerade aktiviteter mot 89,4% för riket).

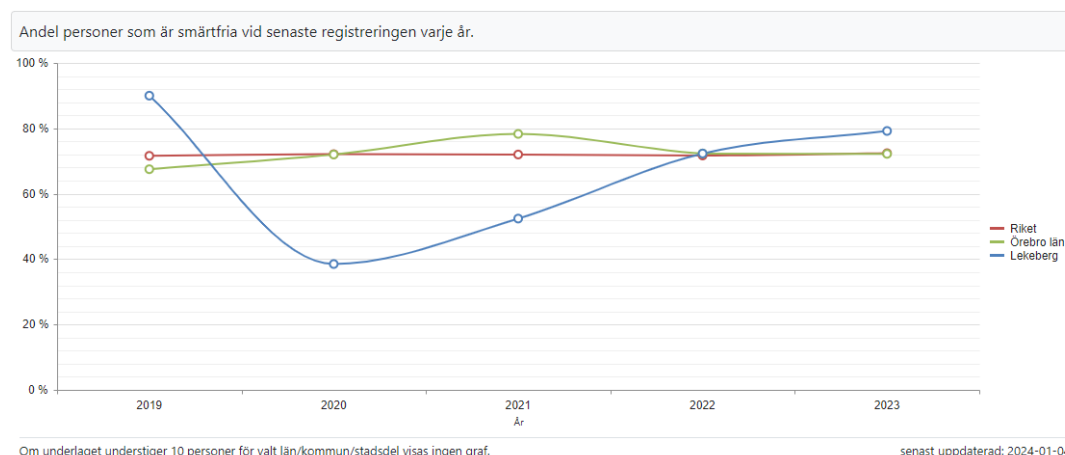
Lägre andel av registrerade boende på Oxelgården har antipsykosläkemedel jämfört med riket, vilket är positivt.

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 medan 2022 kom vi upp till 85 registreringar. Men 2023 blev det 36 registreringar, målsättningen var att vi skulle behålla eller öka antalet registreringar vilket vi alltså inte nådde upp till. Har man få registreringar blir statistiken inte lika tillförlitlig. Exempel på resultat ur BPSD:



7 av 19 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 oönskat beteende hos en person med demenssjukdom.

Journalgranskning

Sammanlagt har 44 slumpvist utvalda journaler från samtliga enheter granskats under året. Höstens granskning hade fokus på korttidspatienterna som utgjorde hälften av underlaget (=11 journaler).

Resultat: Förbättringar har skett men eftersom höstens fokus var på korttidsvistelse kan resultatet inte helt jämföras med tidigare år. Det finns både förbättringar och försämringar så totalt är resultatet ganska likvärdigt med föregående år.

Förbättringsområden är exempelvis att dokumentera hur patienten varit delaktig i sin vård. Resultatet gällande patientens delaktighet har ökat från 21% till 52%. Vi kan också förbättra att registrera fast vårdkontakt dvs namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvarig arbetsterapeut.

Vi har under våren 2022 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. Fortsatt arbete med att utbilda i Lifecare HSL behövs. Vi skulle framöver behöva diskutera hur man sätter mål på vården och utvärdera om man nått målen.

Egenkontroller legitimerad personal

Sedan 2022 har vi använt en checklista för egenkontroll för både sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Enhetschefen har följt upp ett par gånger under året. På grund av byte av chefer och att MAS inte arbetat heltid så har detta inte gjorts under hösten 2023. Vårens resultat har vi inte fått del av men checklistan användes och gicks igenom. Enhetschefen fortsätter att följa upp de utpekade egenkontrollerna även 2024.

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



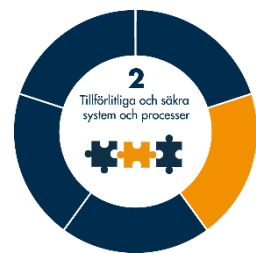
bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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. Normalt gör MAS en rapport två gånger per år över förvaltningens samlade avvikelser och lämnar över till ledningsgruppen och nämnden. 2023 har detta inte prioriterats pga bristande MAS/MAR resurser.

MAS och MAR har under 2023 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 görs normalt årligen på utsedda processer men för 2023 har endast en process reviderats och det är delegeringsprocessen.

Rutiner och riktlinjer ses kontinuerligt över och publiceras på intranätet.

Under året har en genomlysning av rehab enheten 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.



Regionen har ett pågående arbete kring avvikelser vid vårdens övergångar.

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

Vi har under inte haft inhyrda sjuksköterskor under 2023.

Inköp av digitala läkemedelsskåp gjordes under hösten 2023 och börjar installeras under 2024.

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.

Risکانالys har gjorts årligen och senast våren 2022 med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och enhetschef. På grund av bristande ledningsresurser har ingen riskanalys gjorts under 2023. Riskområden som vi identifierade 2022 var:

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 förutom föregående år. 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
år 2023	8	17	53	13	518	6	38	379	31	150	3	1216

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.

Avvikelseyp	Allvarlighetsgrad	Betydande(3)	Måttlig(2)	Mindre(1)	Antal
Bemötande		1	4	3	8
Brister i handläggning		4	9	3	16
Brister i informationsöverföring		9	26	16	51
Dokumentation		2	9	2	13
Fallrapport		8	93	310	411
Hot och våld mellan brukare		1	3	2	6
Larm/Sökarsystem/Verksamhetssystem		1	27	14	42
Läkemedel		24	218	118	360
Medicinteknisk utrustning		2	13	14	29
Omvårdnadshändelse		10	80	61	151
Rehabilitering			2	1	3
Antal		62	484	544	1 090

Av de allvarligare händelserna som är inom hälso- och sjukvårdens område är åtta fallhändelser som resulterade i frakturer (motsvarar 1,9 % 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 0,008 % lett till avvikelserapport av kategori betydande. De flesta händelserna gäller delegerad personal som har brustit i utförandet. Delegeringsrutinen har förändrats och skärps till inför 2024.

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 2023 har 22 avvikelserapporter skrivits som gäller regionen. De har fått del av rapporterna och i 15 fall har vi fått återkoppling från regionen med åtgärder och ibland med förklaring till händelserna. Regionen har skickat sex avvikelserapporter till kommunen på upplevda brister hos oss. Dessa utreds av MAS och skickar svar till den enhet som skrivit rapporten.

Läkemedelshantering

Vid jämförelse av läkemedelsavvikelser, antal utdelade doser och om läkemedel är hanterade i rätt tid ser man att det finns stora skillnader mellan enheterna. Linden utmärker sig genom att de ligger lågt i att hantera läkemedel i rätt tid (men det är samtidigt stora skillnader mellan grupperna på Linden). Linden har också fler avvikelserapporter och fler allvarliga läkemedelsavvikelser än övriga enheter. Fyra av avvikelserapporterna på Linden är sjuksköterskor som gjort fel (exempelvis fel i ordinationslistan). År 2022 syntes inte samma bild.

Även hemtjänsten och Stiftelsen Sanna har sämre resultat i att hantera läkemedel i tid. Oxelgården däremot har störst volym på utdelade läkemedel och få avvikelser samt hanterar läkemedlen i rätt tid.

	antal avvikelser	Allvarlighetsgrad betydande	Utdelade doser	Utdelade doser / avvikelser	Signit Givna i rätt tid Helår
Daglig verksamhet	0	0	13778	0%	88,30%
Hasselbacken	34	3	28007	0,12%	85,10%
Hemtjänsten	83	5	68632	0,12%	83,30%
Kastanjen	12	1	10755	0,11%	90,30%
Linden	158	9	84603	0,19%	83,90%
Oxelgården	80	4	105731	0,08%	94,40%
Stiftelsen Sanna	12	2	17601	0,07%	81,60%
TOTALT	379	24	329107	0,12%	87,40%

Jämfört med 2022 har hantering av läkemedel i rätt tid förbättrats: förra årets totala siffra var 80,9% jämfört med årets 87,4%.

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 till KTC vid USÖ när vi exempelvis får hem en patient med avancerad behandling som är obekant för oss. I VISAM-modellen är det ett rätt 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 året fick vi beslut om åtgärder som behöver göras. Åtgärder är exempelvis att införa "Rapporteringsstöd – säker rapportering från omvårdnadspersonal till sjuksköterska". Detta ska underlätta vid

överskriftningsrapportering till sjuksköterska om oväntade händelser. Med bättre underlag kan sjuksköterskan säkrare prioritera bland de uppgifter som kommer under ett arbetspass. Andra åtgärder är att förbättra språkkunskapen hos baspersonal med annan språklig bakgrund. Det saknas vårdplaner i journalerna som togs ut – detta var i Procapita och möjligheten att skriva vårdplaner är bättre sedan vi gick över till Lifecare HSL. Läkemedelshanteringen är inte säker enligt IVO och det gäller främst delegerade insatser. Delegeringsrutinen har kontinuerligt setts över och skärpts till inför 2024. Palliativ vård var också ett område som granskats och även där finns åtgärder vidtagna. Åtgärderna efter IVO ´s granskning ska följas upp hösten 2024 med hjälp av enkät till sjuksköterskorna. IVO har avslutat ärendet.

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.

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. Extra fokus på speciellt Linden behövs för att förbättra kvaliteten på läkemedelshanteringen.

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.

Installation av läkemedelsskåp med spårbarhet för narkotikaklassade läkemedel startar under början av 2024.

Upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.