

Handläggare: Annelie Nyström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Socialförvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Inledning

Patientsäkerhetsberättelse, enligt (SFS 2010:659)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1 januari 2011. Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 som gäller från 1 januari 2011 ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med lagen är att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och jämförlig verksamhet genom att tydliggöra vårdgivarens ansvar.

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369)

I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till patientsäkerhetslagen (2010:659).

Patientberättelsens tillgänglighet

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 10 § ska det finnas en patientsäkerhetsberättelse tillgänglig för den som önskar ta del av den. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara upprättad senast den 1 mars varje år.

I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå;

- Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående år.
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
- Vilka resultat som uppnåtts.

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
INLEDNING.....	2
SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och styrning.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	16
Adekvat kunskap och kompetens.....	17
Patient som medskapare.....	19
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	25
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	26
Säker vård här och nu.....	26
Riskanalys.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling.....	28
Avvikelser.....	34
Klagomål och synpunkter.....	38
Öka, riskmedvetenhet och beredskap.....	38
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	39

Sammanfattning

Organisationen Socialförvaltningen, vård- och omsorg i Skinskattebergs kommun 2024 består av socialchef, enhetschefer, sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, medicinskt ansvarig sköterska, MAS samt omvårdnadspersonal. Vi tillsammans ansvarar för att följa upp hur patientsäkerheten inom kommunens särskilda och ordinära boendeformer bedrivs. Vi ansvarar tillsammans för att rutiner och riktlinjer utformas enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Skinskattebergs kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för patienter som bor i särskilt boende (SÄBO), LSS-boende samt patienter i ordinärt boende där behov av hemsjukvård har blivit bedömt. Kommunen ansvarar också för hembesök till personer över 18 år där behov av hembesök via 1177 föreligger samt enstaka uppdrag från primärvård där uppdraget tex kan vara utprovning av hjälpmedel och provtagning mm. Vi utför också uppdrag från specialistvården.

Under 2024 har patientsäkerhetsarbetet fortsatt. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att patienter och vårdpersonal insjuknar i olika infektionssjukdomar. Omvårdnadspersonal har gjort ett fantastiskt arbete för att förhindra smitta på äldreboenden, LSS boenden samt i ordinära boenden. Basala hygienrutiner och klädregler har följts och egenkontroller vad gäller hygienföreskrifter har utförts. Samarbetet med vårdhygien, smittskydd i region Västmanland har skett kontinuerligt under året samt vid behov för att hålla oss uppdaterade angående smitta och vaccinationer mm. Den största och mest effektfulla smittförebyggande åtgärden har varit att vaccinera så många som möjligt mot covid-19, säsongsinfluensa och lunginflammation (pneumokockvaccin) vilket krävde både tid och planering att genomföra vaccinationer av patienter på särskilda boenden, inom hemsjukvården och inom LSS. Vaccination mot covid-19 har genomförts under våren och under hösten. Vaccin mot säsongsinfluensa samt pneumokockvaccin mot lunginflammation har erbjudits alla över 65 år på särskilda boenden och i ordinära boenden med början i oktober. Mötena med vårdhygien har skett digitalt via teams där berörda från alla kommuner och regionen medverkat. Vissa rutiner från vårdhygien och smittskydd har reviderats under året och även lokala rutiner har reviderats.

Den stora förändringen i rutiner är det förebyggande arbetet kring smitta gällande virusinfektioner. Att arbeta proaktivt kan rädda liv. Enligt smittskyddsenheten har direktiv kommit för att arbeta förebyggande hos våra sjuka, sköra och äldre. Sjuksköterskan ska vara observant vid förkylningssymtom som kan tyda på influensa, covid eller RS och ska påbörja förebyggande behandling med läkemedel. Sjuksköterskan tar prover, skulle svaret bli att patienten inte har infektion avslutas behandlingen detta har inneburit en hög kvalitetssäkring.

Samverkanmöten med vårdcentralen har skett kontinuerligt en gång i månaden. Följsamheten till basala hygienrutiner är god och det finns ett närvarande ledarskap.

Egenkontroller, kvalitetskontroller, riskbedömningar och avvikelseutredningar har genomförts enligt rutin. Systematiskt kvalitetsarbete i form av en avvikelserutin och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. strategier för förebyggande åtgärder har presenterats för samtliga medarbetare inom socialförvaltningen. Säker läkemedelshantering kontrolleras, förutom via avvikelsehanteringen, även genom en granskning av Apoteket. /klagomål samt avvikelsehantering är

en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vår kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshantering, såväl internt som externt.

Under -24 har arbetet i Cosmic fortsatt och sjuksköterskor (superanvändare) och MAS samverkat med region och andra kommuner för att förbättra och förenkla journalsystemets upplägg.Handledning har erbjudits både i grupp och individuellt för att skapa samsyn i det nya dokumentationssättet.

Arbetet kring "Nära Vård" fortsätter och samarbetet med närvårdsteamet i norra länsdelen fortgår. Den största förändring inom svenska sjukvård står för dörren. Samverkan och teamarbete är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt för en omställning till god och nära vård.

År 2024 har varit ett intensivt år och arbetet med att stärka patientsäkerheten i kommunens verksamheter har fortsatt. En korrekt informationsöverföring mellan yrkesgrupper som arbetar med en patient är avgörande för en god och säker vård och vi fortsatt att lyfta utvecklingen av välfärdsteknik och digitala lösningar. Utgångspunkten är att ta tillvara på digitaliseringens möjligheter för att öka kvaliteten och använda resurser smartare. Digital signering av läkemedel ligger på önskelistan för att öka patientsäkerheten vad gäller läkemedelshantering.

Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshantering, såväl internt som externt vi väntar åter igen på att starta upp digital avvikelshantering under 2025.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning

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 god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens, patienten som medskapare.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds inom vård och omsorg i Skinskattebergs kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra

verksamheten. Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda händelser som uppkommit. När medarbetare använder framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga. Samverkan för patientsäkerhet är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och samverkan med andra vårdgivare.

De patienter som berörs erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen. Syfte är att reglera ansvaret så att samarbetet ska fungera väl, patienten ska alltid ges självbestämmande och vara delaktig för att garanteras trygghet och kontinuitet vid behov av vårdinsatser. Vardera parten har sitt ansvar gentemot de patientgrupper som berörs, respekt för varandras uppdrag i vården ska vara en självklarhet, parterna samverkar med bevakning av omvärldsorientering och arbetar gemensamt med utvecklingen från såväl regionalt som nationell nivå.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet

Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen genom egenkontroller, kompetensutveckling och kollegial journalgranskning. Fortsätta med regelbundna teammöten samt utveckla kvalitén gällande innehåll och struktur på dessa teammöten genom att förbättra befintliga rutiner och arbetssätt.

Teamarbetet kring fall behöver utvecklas med nya arbetssätt och rutiner. Utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder genom kompetensutveckling och feedback samt utveckla arbetet med egenkontroller och hygienombud.

BPSD-registreringen och kunskapen om demenssjukdom ska utvecklas under 2025 på demensavdelningar. Granskning av att korrekt information registreras i palliativregistret behöver genomföras för att säkerställa korrekt rapportering. Utveckla nya arbetssätt och rutiner samt belysa avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten. Kompetensutveckling om palliativ vård för sjuksköterskor behöver genomföras och rutiner om palliativ vård samt egenkontroll i palliativregistret behöver uppdateras.

Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Därtill finns överenskommelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas mellan parterna vilka utgör underavtal.

Vård och omsorg

Vård och omsorg ska inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Vård och omsorg ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialchef

Socialchef för vård- och omsorg, ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet, se till att det finns riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet, följa upp och analysera verksamheten så att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten samt bevaka verksamhetens totala resursbehov.

Socialchef ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Socialchefen ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter utifrån de krav som ställs för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS har tillsammans med socialchef ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att riktlinjer och rutiner finns och att lagar författningsbestämmelser och andra regler är kända. Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning utifrån författningsreglering mellan funktionerna socialchef och MAS. Ansvarsfördelningen ingår som en del i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjerna och rutiner fastställda av socialchef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är väl kända och efterföljs ute i verksamheten. Enhetschefer för vård och omsorg, LSS samt socialpsykiatri har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet så att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt är kostnadseffektiv. De ansvarar också för att rutiner används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschefen har även ansvar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra

sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet fortgår enligt lag.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. Patientansvarig sjuksköterska (PAS) ansvarar för ca 26 patienter. PAS finns på enheten måndag-fredag 7.00-16.00. Kvällar helger och nätter har en sjuksköterska ansvaret och arbetar i jourverksamhet, sjuksköterskan har ansvaret för alla patienterna i kommunen. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar måndag-fredag 08.00-17.00.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i arbetet kring att tillgodose att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

Folkhälsomyndigheten (FHM) är en nationell kunskaps myndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Myndigheten har under 2024 haft en betydande roll för att vägleda och för att säkerställa ett effektivt smittskyddsarbete och har även haft en betydande roll i vaccinationsfrågor. Myndigheten fortsätter att ge nationella allmänna råd och rekommendationer kring olika infektionssjukdomar och främjar en god och jämlik hälsa, förebygger sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd och skydda befolkningen från olika former av hälsohot

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter

Patientnämnden ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål. Patientnämnden ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje region och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, Skinnskattebergs kommun är ansluten till Region Västmanlands patientnämnd.

Socialstyrelsen är en myndighet som tar fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn

och unga. De tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur verksamheterna lever upp till föreskrifternas krav.

Smittskydd/vårdhygien i region Västmanland har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Västmanland främst genom rådgivning, riktlinjer och utbildning. Under 2024 har Skinnskattebergs kommun haft stöd av vårdhygien gällande vaccinationer och smittsamma virussjukdomar. Stöd också gällande vilken skyddsutrustning som bör bäras vid olika infektionssjukdomar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan för att förebygga vårdskador. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, hälso- och sjukvård som började gälla 2018-01-01. Det finns en samordning och överenskommelse mellan regionen och kommunerna i länet för insatser kring hälso- och sjukvården.

Syftet med lagen är att den ska främja en god vård för patienter som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller regionens öppenvård. Lagen syftar till att minska antalet dagar som utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus.

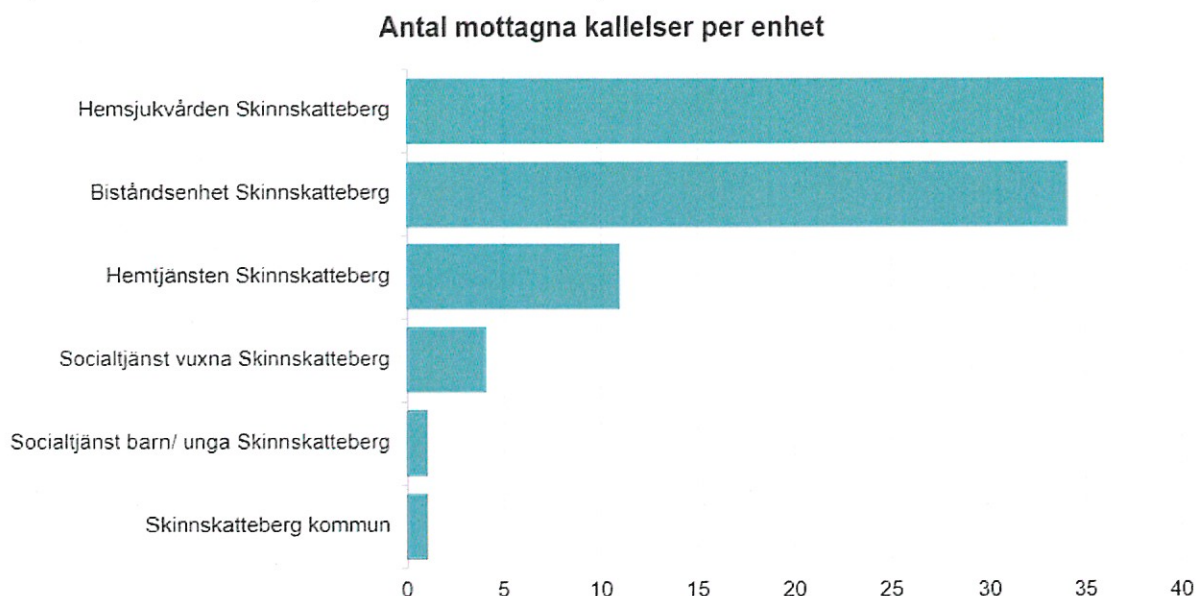
Lokala avtal finns för samverkan med den som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Avtalen reglerar hur samverkan ska ske mellan läkaren och verksamheten, vem som är patientansvarig läkare och tidpunkter för läkarens besök. Avtalen beskriver även hur informationsflödet för läkarinsatser mellan slutenvården ska vara till de olika kommunala verksamheterna, både planerade och akuta insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall som sedan rapporteras till regionen. Enhetschefer och legitimerad personal har fått information om de uppdaterade avtalet.

Vårdskada kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Externa avvikelser hanteras enligt en framtagna instruktion mellan huvudmän och annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralen och kommunen.

SIP

Samordnad individuell plan, SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att den enskilde patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. Under 2024 har flertalet samordnade individuella planer gjorts i kommunen och i samverkan med primärvårdens sjuksköterska. I Skinnskattebergs kommun görs

många samordnade individuella vårdplaneringar (SIP). Det är önskvärt att alla kommuner följer samma mönster. SIP är viktigt för att stärka samverkan mellan olika aktörer för den enskilde. MAS har under -24 medverkat i Processråd SIP.



Utdata från DUVA, Cosmic

Läkare

Läkarstöd omfattas av ett samverkansavtal som gäller för patienter med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt korttidsplats. Läkarstöd ansvaras av vårdcentralen måndag – fredag under dagtid. Övrig tid finns MFLE, mobila familjeläkare enheten som arbetar när vårdcentralen är stängd. MFLE som ansvarar för akuta rådgivningar och bedömningar.

Samverkan externt

- Regelbundna träffar i lokal samverkansgrupp med primärvården och kommunen. Information och dialog kring förändringar i respektive verksamhet
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Västmanland finns och innefattar läkarmedverkan genom telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök i ordinärt och särskilt boende av läkare
- Årlig läkemedels-genomgång tillsammans med familjeläkarmottagningen, hemsjukvårdens och särskilda boendeformernas sjuksköterskor för säker läkemedelshantering
- Samverkan med Smittskydd/Vårdhygien. Två kommunala hygiensjuksköterskor delas med de andra kommunerna i Västmanland
- Gemensamma träffar med region Västmanland, samverkan om hälso- och sjukvård mm
- Nätverk för medicinskt ansvariga i Västmanland MAS och MAR från länets alla kommuner träffas regelbundet för samverkan. Länsgemensamma riktlinjer och dokument kring hälso- och sjukvård framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet

- Kommunrepresentanter deltar i möten och olika utvecklings forum och med Region Västmanland
- Samverkan med Närvårdsteam 2 gånger/veckan sjuksköterska vårdcentral, sjuksköterska kommun och rehabiliteringspersonal från kommun
- Cosmic Link möten i samverkan med vårdcentralen 5 dagar/veckan sjuksköterska vårdcentral, sjuksköterska kommun, rehabiliteringspersonal kommun och biståndshandläggare
- En samordnad individuell plan SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när. SIP är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård. MAS medverkar i processråd SIP
- MAS medverkar i palliativa rådet som är en rådgivande expertgrupp som verkar stödjande vid framtagande av beslut och underlag med syfte att säkerställa en god och jämlik palliativ vård för alla oavsett ålder, diagnos, vårdform eller bostadsort i länet. Även att utveckla den palliativa vården i samma takt som övrig hälso- och sjukvård. Den palliativa värdefilosofin ska vara en naturlig grund för berörda vårdgivare
- Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård.
- Tillgång till läkarmedverkan finnas dygnet runt MFLE som utgår från Västerås sjukhus och får uppdrag från kommuner i hela länet. Teamet består av en läkare och en undersköterska. Uppdraget är att göra akuta läkarbesök och ge råd till sjuksköterskor per telefon från kommunens sjuksköterskor under jourtid.
- Samverkan med närvårdsteamet och primärvård kring gemensamma patienter
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall som sedan rapporteras till regionen
- Apoteket AB utför en gång om året kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende, hemsjukvård och LSS

Samverkan internt

- Regelbundna MAS-möten med sjuksköterskegruppen och enhetschefer
- Avvikelsehantering sker idag manuellt via formulär i pappersform
- Avvikelse tas upp på arbetsplatsträffar med berörd personal. Händelser av allvarlig karaktär återkopplas till övriga verksamheter för ökad internsamverkan
- Enhetschef och MAS träffar sker kontinuerligt
- Teamsamverkan hemtjänst, hemsjukvård, enhetschef hemtjänst och enhetschef hemsjukvård för att höja patientsäkerheten
- Det finns tillgång till tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende, LSS, korttidsavdelning och i hemsjukvård under dygnets alla timmar.
- Enhetschefer, HSL- personal, biståndshandläggare träffas varje torsdag för att få en gemensam bild av verksamheterna lediga lägenheter, lediga platser på korttids, avlidna, eventuella utskrivna patienter från sjukhuset, ansökningar, beviljade ansökningar mm

Munhälsa

Den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning pågår i verksamheterna. Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg får ett "Intyg om nödvändig tandvård" och personen får ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist på boendet och i hemsjukvård. Erbjudandet kommer i början av året. Samverkan med Tandvårdsenheten i Region Västmanland finns om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. All personal inom vård och omsorg har blivit uppmanade att göra Socialstyrelsens utbildning i munvård som är webbaserad. Efter utförd utbildning finns ett diplom som man själv skriver ut och lämnar till enhetschef.

Nära vård

Innebär att fler vårdgivare samverkar för att möta invånarnas behov i norra länsdelen. Nära vård i norra länsdelen har en målsättning att ge en sammanhållen och tillgänglig nära vård- och omsorg som skapar trygghet och delaktighet för invånarna i norra länsdelen. Nära vård har inneburit vård på rätt vårdnivå. Ett krav har varit att vi gått in i sammanhållen journalföring (Cosmic). Cosmic journalsystem har underlättat för både legitimerad personal och patienter i den bemärkelsen att vi kan ta del av det som dokumenteras, vi får en helhetsbild av patienten och patienten blir delaktig. Vi är stolta över att meddela att tre förbättringsteam i Västmanland har belönats med regionens utvecklingsstipendium 2024 för sina fantastiska insatser inom hälso- och sjukvården. I en utav dessa tre team, närvårdsteam – tryggare för svårt sjuka äldre, ingår Skinnskatteberg. Under våren 2023 anslöt Norbergs och Skinnskattebergs kommuner till teamet och nu belönas vi alla för vårt arbete.

Närvårdsteamet har gjort stora framsteg för att ge tryggare och mer tillgänglig vård till våra mest sårbara invånare, särskilt äldre och patienter vid livets slut. Sedan starten har insatserna lett till:

- färre akutbesök
- färre ambulansresor
- att patienterna känner sig trygga och får den vård de behöver i hemmet

Tillsammans med Fagersta och Norberg har vi tillgång till regionens mobila läkarteam och palliativa bakjour, vilket gör det möjligt att ge avancerad vård direkt i hemmet. Vårt närvårdsteam samarbetar också tätt med kuratorer, logopedier, dietister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att ge ett heltäckande stöd till patienter och deras familjer i våra kommuner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Vårdgivaren ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen förvaras på ett sådant sätt att de är läsbara fram till dess

att de gallras Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor.

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i Lifecare, Pascal, Cosmic Link, nationell patientöversikt (NPÖ) och utfärdande av tandvårdskort samt kvalitetsregister. SITHS kort utfärdas efter att behörighetsbedömning genomförts

Loggkontroller har utförts en gång i månaden enligt gällande rutin. Stickprov av HSL-personal har utförts och utifrån frågeställningen:

- Kontroll mot medarbetarens arbetstid och närvaro
- Informationssökning som medarbetaren inte haft behov av för att kunna utföra sina arbetsuppgifter
- Personer med släktskap eller kollegor
- Personer med medialt intresse, lokalt och nationellt
- Person med diagnos eller situation som kan väcka särskilt intresse

Alla datorer har autentisk sids-kort för inloggning i datorerna.

Förvaltningen rapporterar vårdåtgärder enligt KVÅ-koder, då det är obligatoriskt att rapportera dessa till Socialstyrelsen. KVÅ koder är enligt Socialstyrelsen en klassifikation av åtgärder anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), det vill säga vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning (åtgärds-kod) som ska användas tex. en kod omfattar sårvård en annan kod omfattar omläggning av sår. I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården finns specificerat vilka uppgifter kommunerna ska lämna till Socialstyrelsen.

Under 2024 har vi uppfyllt kravet på att rapportera in KVÅ koder till Socialstyrelsen en gång i månaden.

Mobilt arbetssätt

Ett mobilt arbetssätt innebär att ha tillgång till aktuella arbetsverktyg utan att behöva finnas på kontoret/arbetsplatsen. Genom ett mobilt arbetssätt minskar dubbelarbete, att medarbetaren kan använda sin tid mer effektivt i delar av sitt uppdrag, vilket kan leda till både ökad patientsäkerhet, effektivisering av verksamheten och bättre arbetsmiljö för medarbetarna. Utifrån ett mobilt arbetssätt behöver inte handlingar finnas utskrivna till olika möten, vilket tillsammans med direkt dokumentation i system, ökar rättssäkerheten. Gruppen sjuksköterskor har möjlighet att använda bärbara datorer för att nå samtliga system.

Journalgranskning

Journalgranskning utförs en gång i månaden för att:

- Säkerställa dokumentationen i patientjournal med syfte att tillförsäkra patienten får en god och säker vård.
- Identifiera förbättringsområden och genomföra åtgärder i verksamheten
- Lärandeprocess genom den kollegiala granskningen
- Identifiera goda exempel och sprida dem i verksamheten

Metod:

Journalgranskningen är ett led i att säkerställa kvalitén i den kommunala hälso- och sjukvården och personalen är enligt gällande författningar skyldiga att medverka i kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

- Under 2024 har granskningar gjorts varannan månad med uppehåll under sommarmånaderna
- Granskningen planeras att göras (1) gång i månaden
- Tid som behöver avsättas för journalgranskningen är ca 1½ timma/grupp
- Granskningen utförs av en grupp bestående av 3–4 personer där sjuksköterskor två (2), Arbetsterapeut alternativt fysioterapeut samt medicinskt ansvarig sköterska.
- Granskningen kräver dator och projektor

Utförande:

Utsedda personer i gruppen träffades och granskade journaler som slumpmässigt togs ut via slumpgeneratorn.

- 5 journaler slumpades fram från området SÄBO, LSS, hemsjukvård
- Granskningsmall har använts, en per granskning.
- Områden som har granskats: samtycke, kommunikativ förmåga, mätvärden, ett lätt språk utan förkortningar, bakgrund till vården
- Granskat ordinationer som ska utföras av omvårdnadspersonal
- Gruppen träffades vid flertalet tillfällen för granskning och sammanställning
- Granskningen finns dokumenterad och sparad i mapp med namn, journalgranskning

Journalgranskningen utfördes i tre faser:

- Fas 1 – granskning av journaler enligt utsedd mall
- Fas 2 – analys av resultaten
- Fas 3 – upprättande av handlingsplan som berör enhetschef för hemsjukvård. Vid träffen avseende analys, sammanställdes resultatet i ett dokument. Kommentarer och förslag till utvecklingsåtgärder togs fram. Enhetschef för hemsjukvården ansvarar för att delge resultaten i HSL-gruppen samt tid för införandet av aktuella åtgärder enligt handlingsplan.

Journalgranskning

Journalgranskning	Samtycke Äldre än ett år	Finns kommunikativa Förmåga beskrivet	Mätvärden relevanta	Språk lätt att förstå	Bakgrund till vården
Februari hemsjukvård	5 av 5	3 av 5	4 av 5	5 av 5	5 av 5
April LSS	5 av 5	5 av 5	2 av 5	5 av 5	5 av 5
September Hemsjukvård	5 av 5	3 av 3	3 av 5	3 av 5	4 av 5
Oktober SÄBO	0 av 3	2 av 3	2 av 3	2 av 3	2 av 3
November LSS	3 av 3	3 av 3	3 av 3	2 av 3	3 av 3
Resultat	86% Har ett godkänt samtycke som inte är äldre än ett år	84% av de granskade journalerna har beskrivit kommunikativ förmåga	67% av de granskade journalerna har Relevanta värden dokumenterat	81% av de granskade journaler har ett språk som är lätt att förstå utan förkortningar	90% av de granskade journaler har dokumenterat "bakgrund till vården"

Under arbetsplatsträffar har alla sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal blivit informerade om den lagstadgade dokumentationsskyldigheten. Vi har även tagit upp hur viktigt det är att det finns ett godkänt samtycke och att samtycket från patienten måste förnyas en gång om året. Med relevanta värden menas tex. blodtryck och blodsockerkontroller. Dessa värden ska finnas och uppdateras och vara relevanta till just den enskilde patienten. Under rubrik "Bakgrund till vården" har dokumentationen förbättrats avsevärt under -24 jämfört med -23. Granskning av journaler leder till mycket diskussioner och lärdomar. Vi kan bara bli bättre på att dokumentera.

Dokumentationsskyldigheten enligt patientdatalag 3kap. (2008:355) upprepas i under granskningarna och under arbetsplatsträffar.

De förslagen till åtgärder under -23 har till stor del åtgärdats -24

- Utbildning i dokumentation och verksamhetssystem har fortgått under hela 2024
- Översyn av arbetsrutiner har blivit gjorda men inte fullt ut
- Att bilda en journalgrupp, journalgruppen består av två sjuksköterskor som är superanvändare som håller sig uppdaterade i journalsystemet Cosmic, utbildar nya medarbetare samt går själva på utbildningar
- Mer samarbete med systemadministratören har uppfyllts och resulterat i att vi arbetar mer säkert i systemen och med det arbetar vi mer patientsäkert

En god säkerhetskultur**Säkerhetskulturen påverkar allt arbete**

Så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. För att nå det målet behövs en god säkerhetskultur. Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Vi arbetar aktivt med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Detta genom att det är fasta punkter på våra arbetsplatsträffar/ledningsträffar/daglig styrning/samverkan etc. Vidare har vi ett tillåtande klimat där det inte är "syndabocksutpekande" att rapportera brister eller tillbud. Vi pratar aktivt om att avvika rapporter vi är till för att utveckla och lära. På vår arbetsplats vill ta tillvara medarbetares förslag och idéer, för att tillsammans utveckla och förbättra.

En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador
- ett aktivt arbete med att minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser
- en organisation där alla lär av det som har gått bra.

En god säkerhetskultur innebär alltså att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

Risikanalys

Risikanalys med tillhörande handlingsplan genomförs inför sommaren och jul gällande bemanning, beställningar, kompetens och annat som kan vara relevant vid semester. Även riskanalyser till organisationsförändringar och värmebölja genomförs.

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. Kunskap och kompetens kartläggs utifrån analys av patientflöden och behov. Därefter säkras eventuellt behov av kompetensutveckling.

- Kunskap om säker vård är en förutsättning på alla nivåer i hälso- och sjukvård.
- Kompetensförsörjning är en viktig faktor som påverkar patientsäkerheten.
- Kompetensförsörjning och hälsofrämjande arbetsmiljö genom att skapa attraktiva arbetsplatser och innovativ miljö lockar vi kompetenta medarbetare.
- Patienten berättelse och nödvändig kunskap för att uppnå god vård.
- Patienter involveras i vården, är medvetna om risker samt deltar i vårdens utvecklingsarbete.
- Patientsäkerhet består av många olika delar som påverkar och är ömsesidigt beroende av varandra.
- Att ha kunskap om helheten och förstå sin roll i det stora sammanhanget.

Legitimerad personal har fått kompetenshöjande utbildningar via Fagersta sjukhus under -24. Fördjupning i medicintekniska hjälpmedel som tex läkemedelspumpar. Genomgång av olika tappnings förfaranden av tex lunga. Fortbildningar i palliativvård. Dialogmöten med förstärkt kompetens från Region Västmanland som presenterar utbildningar som Regionen erbjuder. Kliniskt träningscentrum (KTC) är en del av utbildningsenheten som erbjuder en anpassad miljö för färdighets-, team- och interprofessionell träning. Miljön syftar till att simulera vårdssituationer utifrån verkliga fall. Kliniskt träningscentrum finns i Västerås hit kan alla våra medarbetare träna på olika moment i vårdarbetet tex provtagningar, kateterinsättning mm inga avgifter tas ut. Sjuksköterskor använder vårdgivarwebben för att fortbilda sig samt lyssna på föreläsningar. Under året har sjuksköterskor gått utbildning för att få ordinera vaccin, alla sjuksköterskor ska gå denna utbildning en gång om året. Ökad kompetens resulterar i att verksamheten inte behöver köpa kompetens utifrån.

Resultat nulägesanalys

Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Att ha rätt utbildning är en förutsättning för en patientsäker vård.

Under året har en sjuksköterska fortsatt sina studier till specialistsjuksköterska, inriktning äldre vård. När vi gick in i det nya året -25 hade vi inga konsulter i HSL-gruppen.

För att möta framtidens hälso- och sjukvård måste det finnas både legitimerad personal, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och utbildad omvårdnadspersonal i tillräcklig utsträckning för att bedriva en god och säker vård samt för att klara omställningen till nära vård.

Kommuner och regioner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Se till att vården är lätt tillgänglig, och samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL)

Delegering

SOFS 1997:14

Delegering av läkemedelshantering. Sjuksköterskorna har presenterat och har aktivt startat ett utbildningsprogram under 2024 gällande läkemedelsdelegering till omvårdnadspersonal. Vi har haft och har utbildningen med uppföljningar. Uppföljningar sker kontinuerligt för att få en bild över hur utbildningen fungerar för personen som ska få läkemedelsdelegering. Testet har pågått under 2024 och innebär att personal som är klara för delegering får genomgå en utbildning på plats som tidsmässigt tar cirka två timmar inräknat skriftligt test med övervakning. Utbildningsledaren (sjuksköterskan) har fått vridit och vänt lite för att utbildningen ska passa alla. Två sjuksköterskor har ansvaret för att utbilda och även rätta kunskapstesten. Testet riktar sig till två grupper av personal den ena gruppen har basen och den andra gruppen med krav på undersköterska får delegering på mer avancerad nivå som avslut på denna utbildning genomför personen också ett kunskapstest. Två sjuksköterskor har ansvaret för att utbilda och även rätta kunskapstestet. En delegering ska följas upp årligen och i samband med denna uppföljning genomförs den webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel", innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats.

Blåsdysfunktion

Alla som har en blåsdysfunktion ska få sina problem utredda och för den enskildes livskvalitet är det även viktigt att utreda besvärens karaktär. Kvalitetsregistret Senior alert har blåsdysfunktion som en process med delarna riskbedömning, orsaker, åtgärder och uppföljning, för att ge stöd i utredningen. En sjuksköterska som anställdes under -24 har utbildning i inkontinens. Det innebär att idag att två sjuksköterskor kan förskriva, utreda och bedöma patienternas behov av inkontinenshjälpmedel och att säkerställa att patienten, den enskilde får rätt inkontinenshjälpmedel. En sjuksköterska utbildar sig för närvarande och väntas klar till sommaren för att kunna förskriva inkontinenshjälpmedel samt förnya förskrivna hjälpmedel till diabetiker.

Hygienrutiner

Basala hygienrutiner är grundläggande för att minska smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Samma hygienregler som gäller i sjukvården gäller också vid arbete inom hemtjänst,

hemsjukvård, särskilda boenden och inom omsorgen, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen. All personal har erbjudits utbildning, webbaserad utbildning samt ombud har varit på fysiskt möte i Västerås.

Inom vård och omsorg finns utsedda hygienombud för varje enhet och de har som ansvar att hålla sig uppdaterade inom området hygien, samt informera och göra hygienrutinerna kända för sina kollegor. Under 2024 har endast en ombudsträff blivit av detta har prioriterats då arbetsbelastningen varit hög. Hygienombud, ansvarar för att rapportera in mätningar av hygienrutiner och klädregler. Förbättringsområde är att detta blir en återkommande dialog i verksamheten och att ev. brister åtgärdas.

Vi fortsatte under 2024 att påminna om basala hygienrutiner och nya hygienrutiner ute i verksamheten. Ombuden ska vara uppmärksamma på att hygienrutinerna efterföljs och meddela MAS om de inte följs. Ombuden ska delta vid hygienronder som genomförs minst en gång per år med enhetschef och hygienombud 2024. Personalen har god kännedom om basala hygienrutiner i Skinnskattebergs kommun.

Inom vård och omsorg har arbete pågått fortlöpande under hela 2024 gällande hygienrutiner. I Västmanland använder vi SFVH:s checklista för vårdhygienisk egenkontroll ett verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal vård och omsorg.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten som medskapare En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. 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 § Patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet, detta ska erbjudas vid samtalet kring genomförandeplanen. Patienten ska alltid känna till vad som är planerat för just henne/honom och kunna ta del av den i sin journal.

Vid inlämnande av synpunkter/klagomål för patient och/eller anhörig kommer en återkoppling från verksamheten. Utvecklingsområde för verksamheten finns när det gäller att bjuda in patienter och/eller patientorganisationer medverkar vid utvecklingsarbeten.

Vi ska hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vi ska samverka för att förebygga vårdskador SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 §.

Teamet har ansvar för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov. Teamet kring patienten består av arbetsterapeut, biståndshandläggare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska, kontaktpersonal/omsorgspersonal, samt vid behov andra specialister inom regionens verksamheter. Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främjar patientens integritet,

självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet. Team-träffar (vårdlagsträffar) är ett arbetssätt som ökar patientsäkerheten.

Varje profession dokumenterar och följer upp insatta åtgärder och hjälpmedel inom sitt ansvarsområde. På team-träffar (vårdlagsträffar) analyseras genomförda riskbedömningar och händelser, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas. I Skinnskatteberg använder vi kvalitetsregistret Senioralert som ett verktyg.

Patienter erbjuds årligen en medicinsk vårdplanering som inkluderar läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska där närstående/anhöriga inbjuds att delta efter patientens samtycke.

ADL, aktivitetsbedömningar ansvaras och utförs av arbetsterapeut. Bedömningarna syftar till att bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga för att vara så självständig som möjligt i det dagliga livet. ADL bedömningen ska ligga till grund för en eventuell plan för rehabilitering.

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.

Stickkontroller läkemedelsskåp

Utföra stickprovskontroller har blivit gjort en gång i år med ett bra resultat. Stickproven blev tagna i patienternas läkemedelsskåp på SÄBO, LSS och hemsjukvård. Två skåp på varje avdelning blev kontrollerade. Kontrollerna var gjorda en gång under våren. Sjuksköterskan har ansvaret för läkemedelsskåpen och att skåpen kontrolleras en gång i månaden av sjuksköterska enligt rutin.

Resultatet av stickprovskontroller i patientens medicinskåp var godkänt. Patienternas medicinskåp är städade och kontrollerade, inga utgående datum på läkemedelsförpackningarna. Insulinpennor var märkta med datum, namn och personnummer. Datum märkning på förpackningar med tex ögondroppar och insulinpennor var gjorda. Läkemedelslistor som sjuksköterskan ansvarar var tydliga.

Sammantaget ser det bra ut i medicinskåpen. Alla läkemedelsskåp är digitala som är uppsatta inom SÄBO och det innebär full transparens då alla låshändelser loggas i systemet. Digitala läkemedelsskåp finns hos alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården 2024. Sjuksköterskorna har blivit upplysta om eventuella brister i medicinskåpen och en stor förbättring ses efter att de nya skåpen kommit i bruk.

Hygienmätning

Mätningar har gjorts under året under veckorna 12–13 och vecka 46–47 på tre enheter angående basala hygienrutiner och klädregler med mycket gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

Observationen gjordes på följsamhet i basala hygienrutiner och följsamhet klädregler samt hur skyddsutrustning ska användas på ett korrekt sätt.

Observation av:

- Desinfektion av händer före
- Desinfektion av händer efter
- Användning av handskar
- Användning av engångsförkläde av plast
- Följsamhet till basala hygienrutiner
- Rätt arbetsdräkt
- Fri från ringar, klockor och armband
- Korta omålade naglar, ej lösnaglar
- Kort eller uppsatt hår.
- Följsamhet till klädregler

Läkemedelsgenomgångar

Vårdgivaren ska erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel, en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård och inflyttning i särskilt boende. Enkel läkemedelsgenomgång ska dessutom erbjudas en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende. Bestämmelser om läkemedelsgenomgångar finns i HSLF-FS 2017:37.4 Symtomskattningsskalan PHASE-20 som innehåller 20 frågor, används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha ett samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att minska olämpliga läkemedel. I den uppdaterade läkemedelsrutinen finns rutiner för läkemedelsgenomgångar som ska göras i samverkan med läkaren på vårdcentralen.

- De som är inskrivna i hemsjukvård har alla fått medicinsk vårdplanering under -24. Fyrtiosju (47) patienter.
- De som bor på LSS-boende har fått tid till läkare på vårdcentral eller ett läkarbesök på boendet. Fem (5) boende
- Av de som bor på SÄBO har tjugo (20) patienter fått läkemedelsgenomgångar och resterande genomgångar fortsätter under våren -25

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteket AB har årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar och enligt lokala rutiner, "Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården" (HSLF-FS 2017:37, 4 kap. 3 §). Åtgärdsplan/Rapport från kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering enligt gällande föreskrifter juni-24 i Skinnskattebergs kommun SÄBO, korttids; hemsjukvård, Klockarbergsgården samt LSS har vi gått igenom under året. Förbättringsförslag, åtgärder och kommentarer går vi igenom under APT. Exempel på förbättringsförslag som blivit åtgärdade är att papper i pärmar gällande förrådsbundna pärmar var en aning rörigt gamla och nya papper. Läkemedel som förvaras i kylskåp behöver min/maxtemperatur för att läkemedel som förvaras i kylskåpet haft för kallt eller för varmt under perioden mellan temperaturkontrollerna som enligt rutin är en vecka. Förbättringsförslag avseende informationsöverföring vid ordinationsändring mellan läkare och sjuksköterska. Att särskilja behovs läkemedel genom att ha en signeringslista för vardera läkemedlet inte som tidigare alla läkemedel på en och samma lista. Tydligare anteckningar av inleverans och uttag av narkotikaklassade läkemedel till läkemedelsskåp.

Fokusområden har 2024 varit lokala instruktioner, handhygien, ansvarsfördelning, läkemedelslista, narkotika, kylskåp läkemedelsförråd och avvikelser. Vi följde även upp 2023 års rapporter inkl. åtgärdsplaner. Syftet var att se om de rutiner och åtgärder som togs fram efter föregående granskning hade åtgärdats, vilket de hade. Endast ett fåtal förbättringsförslag från föregående granskning kvarstod. Vid granskningen har enheterna skrivit en åtgärdsplan över de förbättringsförslag som framkom. Tanken med åtgärdsplanen är att den tydligare skall belysa de områden som kan utvecklas eller arbetas vidare med samt att den kan användas som hjälpmedel för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Eventuella brister som uppmärksammas redovisas i form av en åtgärdsplan för verksamheterna att arbeta med. Brister åtgärdas och följs upp som senast vid nästkommande års granskning. De vanligaste bristerna är otydligheter i lokala rutiner, felaktig förvaring av läkemedel och felaktiga/inaktuella signeringslistor. Vid allvarliga brister kan MAS välja att följa upp med ett nytt verksamhetsbesök ett fåtal veckor efter utförd granskning.

Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar. Fokusområden har varit lokala instruktioner, signeringslistor narkotika, läkemedelsavvikelser.

Vid en översyn i ett antal förbrukningsjournaler tillhörande såväl brukare som förråd inom samtliga verksamheter så noterades att journalföringen är god och noggrann och att kontroller utförs regelbundet (i stort) enligt uppsatta rutiner.

Under 2024 har alla patienter med hemsjukvård digitala läkemedelsskåp i hemmet. Detta är ett stort lyft för att stärka patientsäkerheten när det gäller läkemedelshantering i ordinärt boende. Patienter inskrivna i hemsjukvård ger sitt samtycke och får låna ett digitalt läkemedelsskåp som ställs på lämplig plats i samråd med patienten någonstans i hemmet. Dessa skåp är spårbara vilket höjer patientsäkerheten.

Infektionsregistrering

Utförs varje månad och registreras och rapporteras in till vårdhygien region Västmanland. Registreringen innefattar bara de personer som bor på särskilt boende.

Resultatet av inregistreringar till vårdhygien varje månad har kommit in i tid och inga påminnelser har kommit MAS tillhanda under -24 vilket är en förbättring mot året innan. Det som gått att utläsa i statistik från infektionsregistreringen är att under -24 hade

- fyra (4) brukare *med* urinkateter och tillsammans har de haft nio (9) urinvägsinfektioner
- tretton (13) urinvägsinfektioner var registrerade för personer *utan* kateter
- fyra (4) brukare har haft konstaterad lunginflammation
- en (1) brukare har haft konstaterad säsongsinfluensa
- en (1) brukare på SÄBO bar på multiresistenta bakterier

HALT

Svenska HALT. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistent bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. I stället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer.

Mätningen skulle utförts under november 2024 under vecka 46–47 valfri dag.

Resultat: Mätningen har utförts på 3 demensavdelningar och 2 avdelningar allmän vård och omsorg. Det var endast en patient som var under behandling för en luftvägsinfektion den valfria dagen.

Fördelning av tre vårdtyngdsindikatorer som jämförts med riket totalt under 2024:

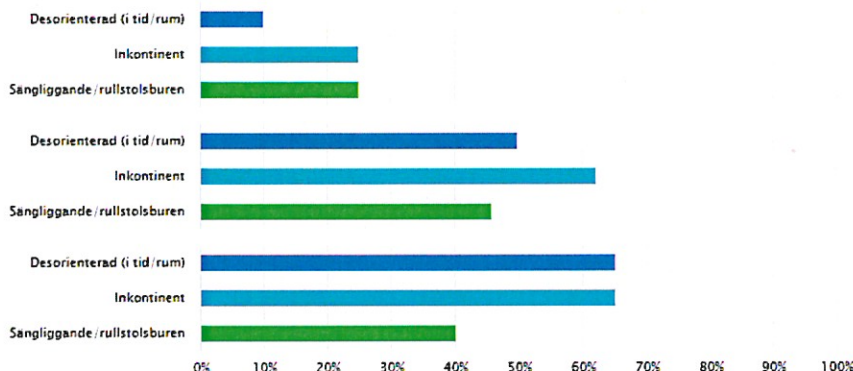
Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Skinnskatteberg, Enhetstyp: Allmän vård och omsorg, Kön: Alla

Skinnskatteberg Allmän vård
och omsorg (n=20)

Riket Allmän vård och omsorg
(n=14643)

Riket totalt (n=27261)



nettotalt antal inkluderade vårdtagare

Version 4.6.3. Inloggad med användarnamn: 698359944704

Nattfasta, mätning

Under 2024 arbetade vi vidare med nutritionsarbetet. Målet var att nattfastan skulle vara 11 timmar eller kortare för samtliga patienter inom SÄBO. Nattfaste-mätning genomfördes två gånger under året och registrerades under tre dygn. Målet var för 2024 att mätning skulle ske 2 gånger per år av personalen på boendet vilket har uppfyllts. Sjuksköterskan har dokumenterat resultatet i HSL-journalen. Resultatet är nära Socialstyrelsens rekommendation om att inte överskrida 11 timmars nattfasta.

Resultatet återkopplades till ansvarig sjuksköterska, enhetschef och diskuterades utifrån ett patientperspektiv. Nutritionsbedömning görs för att fånga upp patienter i riskzon för undernäring och för att åtgärder ska kunna sättas in i tid. Omvårdnadspersonal på boendena deltog i nutritionsarbetet tillsammans med patientansvarig sjuksköterska. Vi behöver påminnas och vara delaktiga i arbetet för nå ett så bra resultat som är möjligt för att förebygga undernäring. Det är viktigt att kvalitetsregistret Senioralert används på rätt sätt eftersom det är ett bra verktyg där man får en helhetsbild över vad patienten har för behov.

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

MAS har arbetat tillsammans med dietister i Region Västmanland och reviderat nutritionsrutinen som godkändes i chefsforum -24. Rutinen är lätt att förstå och bör användas i det dagliga arbetet.

Resultat

Resultatet från nattfaste mätningen 2024 visar att de flesta boende inte överskrider 11 timmar. Patienterna får något att förtära som bryter nattfastan vid ordinarie tillsyn under natten eller genom andra åtgärder som är beslutade. Arbetet runt nutrition följer med mätningen och det blir nattpersonal som ska erbjuda något som bryter nattfastan vilket leder till att Socialstyrelsens rekommendationer uppfylls, vad gäller mindre än 11 timmars nattfasta. Det visar sig att ett envist arbete runt nattfastan ger ett gott resultat.

Medicintekniska produkter

Vårdgivaren ansvarar för att de medicintekniska produkter som köps in är säkra och funktionsdugliga. Det görs genom att produkterna kontrolleras genom exempelvis besiktning. Det ska göras på det sätt och med det intervall som leverantören föreskriver. Skinskattebergs kommun köper in olika typer av medicintekniska produkter; omvårdnadshjälpmedel, undersökningsutrustning och hjälpmedel som är grundutrustning. En del köps in och hanteras av enheten för omvårdnadshjälpmedel och en del köps in av verksamheterna själva. För de medicintekniska produkter som köps in av verksamheterna själva, ansvarar enhetschef för att ha rutiner som säkerställer att kontroll blir genomförd. För dessa produkter fanns ingen egenkontroll för att granska följsamheten saknats arbetssätt för hur de ska registreras vilket har gjort att vårdgivaren inte har kännedom om vilka produkter som finns ute i verksamheterna och var.

Omvårdnadshjälpmedel som enheten köpt in ansvarar enhetschef för att utbildad tekniker inom fastställda intervaller gör kontroller. Egenkontroll för att granska följsamhet till kraven på kontroll finns.

Det utförs:

- besiktning av mobila personlyftar och taklyftsmotorer (frekvens: varje år)
- besiktning av vårdsängar (frekvens: vartannat år)

Gamla sängar byts ut och köps in och hyrs även av HMC.

Fallprevention

Våren -23 startade MAR arbetet med fallprevention. Fallolyckor orsakar samhället stora kostnader och enskilda individer stort lidande. Genom att arbeta för att förebygga fallolyckor bland äldre personer kan kommunen undvika stora kostnader. Syftet är att minska antalet fall och fallskador.

Fallförebyggande insatser utgörs dels av åtgärder som riktar sig till personal som träffar äldre i sitt arbete, dels av individanpassade åtgärder för enskilda äldre. Insatser till personal är exempelvis utbildning i fallriskbedömning och hur man minskar risker hemma hos de äldre. Det finns bedömningsmetoder att tillgå för fallriskbedömning av äldre i flera olika sammanhang inom SÄBO och hemsjukvård. Bedömningarna baseras bland annat på om personen har fallit tidigare använder om hen är ordinerad flera olika läkemedel. Patienten kan ha problem med balansen och av något skäl ha

nedsatt muskelstyrka man tittar på faktorer som ökar fallrisken såväl inomhus som utomhus samt individanpassade insatser tex synkontroll, tekniska hjälpmedel, halkskydd och fysisk träning.

Resultat

Under 2024 hankade vi oss fram med konsulter och kunde inte fortsätta arbetet med fallprevention. En ny fysioterapeut anställdes under sommaren -24 men hade fullt upp med att komma in i arbetet. Förhoppningar finns att under 2025 komma i gång igen med arbetet som startades -23.

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 §

Alla händelser som har eller kan medföra en vårdskada skrivs på avvikelseblankett. Samtliga händelser analyser och följs upp; varför hände det? Vad kan vi göra för att det inte ska hända igen? Denna analys kan se ut på olika sätt beroende på innehåll. Riskområden som är relevanta i vår organisation är att patienten, andra vårdgivare inte alltid har/känner till patientens planering. Detta arbetar vi med genom att förbättra både den muntliga och skriftliga planeringen.

Verksamheten uppmuntrar all personal att skriva avvikelse då det upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser inklusive inkomna patientklagomål. Flera avvikelser har lett till förbättringsåtgärder på enheterna. En mycket vanlig åtgärd är att avvikelser lyfts på gemensamma arbetsplatsträffar för att öka engagemanget och dialogen kring patientsäkerhetsfrågorna.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Följsamheten till basala hygienrutiner är god och det finns ett närvarande ledarskap. Egenkontroller, kvalitetskontroller, riskbedömningar och avvikelseutredningar har genomförts enligt rutin. Hygienombud, vilka ansvarar för att månadsvis rapportera in mätningar av hygienrutiner och klädregler. Förbättringsområde är att detta blir en återkommande dialog i verksamheten och att eventuella brister åtgärdas.

Säker vård här och nu

Riskbedömningar strategin att genomföra, åtgärda, utvärdera och följa upp riskbedömningar i sådana processer som rekommenderas på nationell nivå, med stöd av kvalitetsregister, har fortsatt under 2024. Fokus har legat på teamarbete inom samtliga verksamheter, utredningar och uppföljningar av avvikelser kopplade till enskilda patienter och medarbetare kopplade till patienten. Riskbedömningar

med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert har under 2024 fortsatt och särskilda boendena står för ett mycket bra resultat gällande åtgärdsplaner som följts upp jämfört med hemtjänsten som halkat långt efter under -24 det har varit svårt att fram rätt statistik för patienter/brukare med hemsjukvård här har sjuksköterskan flaggat för ett samarbete med planerare och hemtjänst vilket.

All personal har fått utbildning i hur man rapporterar en avvikelse i samband med delegeringsutbildningen. All personal skriver avvikelser i pappersform. Vi arbetar för att alla avvikelser ska vara omhändertagna och utredning ska vara påbörjad så fort det är möjligt önskvärt inom två veckor. Är det en akut händelse eller en externavvikelse ska utredningen påbörjas snarast möjligt.

Riskanalys

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I Patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett angående vikten av preventionsarbete. Samtliga enheter har rutiner för riskanalys vid förändrad verksamhet, mottagande av nya patienter, och för årlig riskbedömning i arbetslaget. Socialstyrelsen handbok för risk- och händelseanalys utgör grunden i hälso- och sjukvårdsarbetet. Genomgång av riskanalyser behöver aktivt utvecklas i verksamheterna. Utbildningsinsatser behövs fortlöpande, och vägledning sker bland annat genom kvalitetsregistret Senior alert. I enhetlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och följer verksamhetens ledningssystem samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Vid varje inträffad och rapporterad avvikelse utförs en riskanalys där en skattning görs hur stor sannolikhet att händelsen inträffar igen och vilken allvarlighetsgrad det kan komma att få. MAS använder även riskanalys enligt Socialstyrelsen vid större utredningar och anmälningsärenden. Under 2024 har en större utredning blivit gjord, gällande flertalet läkemedelsavvikelser som pågått under en kortare tid. Bedömning hamnade under, mindre- ingen/ obetydlig skada → måttlig- mindre allvarlig skada enligt Sannolikhet- och konsekvensanalysen. Flertalet av läkemedelsavvikelserna resulterade i efterkartläggning ett av felen berodde på fel i planeringen av hälso- och sjukvårdsuppdrag. Legitimerad personal skickade uppdraget till planerarna som skulle planera in uppdraget till utföraren som är hemtjänsten. Planerarna missade att planera in uppdraget eller så planerades det på fel tidpunkt.

Sannolikhet- och konsekvensmatris

För att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Allvarlighetsgrad	Konsekvens	Lagrum	Exempel
Mindre	Ingen/obetydlig	HSL	Obehag eller obetydlig skada, Exempel feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fallolycka utan att skada uppstått

Mindre	Ingen/obetydlig	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse beviljad insats som leder till mindre obehag, exempel Utebliven städning eller tvätt
Måttlig	Mindre allvarlig skada	HSL	Övergående funktionsnedsättning, exempel utebliven dos men utan att det leder till men för patienten/brukaren. Feldosering Har inte följt rutin, dock liten eller ingen konsekvens för patienten/brukare. Fallolycka med måttlig skada, ej fraktur. Sjukhusbesök som inte medför inläggning. Trycksår grad 1 och 2.
Måttlig	Mindre allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven veckodusch eller inköp.
Betydande	Allvarlig skada	HSL	Kvarstående måttlig funktionsnedsättning, förlängd vårdtid. Missade läkemedel som insulin, Waran och narkotikaklassade läkemedel. Förväxling av doser, feldosering. Vårdrelaterade infektioner. Fallolycka med betydande skada, exempelvis fraktur. Trycksår grad 3 och 4.
Betydande	Allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven tillsyn eller personlig hygien då det fanns omfattande behov.
Mycket hög, katastrofal	Dödsfall	HSL	Dödsfall eller större kvarvarandefunktionsnedsättning exempel fallskada med dödsfall som följt.
Mycket hög, katastrofal	Mycket allvarlig skada	SoL/LSS	Fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp. Brist i omsorgen som utgör ett hot mot enskildes liv, hälsa eller säkerhet. Brott mot sekretesslagen.

Stärka analys, lärande och utveckling

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador. Senior alert används på varje patient (inom äldreomsorg och LSS). Verksamheterna bör också kontinuerligt utbilda/fortbilda personalen i att arbeta med Senior alert för att stärka patientsäkerheten. Personalen bör också känna till sambanden mellan till exempel dålig munhälsa, som leder till undernäring, som leder till trycksår, fall och blåsdysfunktion. Sjuksköterskor har till hjälp av Senior alert ombud på varje avdelning och åtgärdsplanerna följs upp och dokumenteras vid vårdlagsträffar (team träffar). Uppföljningar sker var 6:e månad. Sjuksköterskor dokumenterar också de fem områden i Cosmics CDS. Sjuksköterskorna har under -24 dokumenterat i både Senior Alert och Cosmic för att säkerställa patientsäkerheten. I hemtjänsten saknas Senior Alert ombud och sjuksköterskorna i hemsjukvården behöver hjälpa till att följa upp åtgärdsplanerna vi kommer att jobba med det under -24

Trycksår enligt Senior Alert

KATEGORI 1 = hudrodnad som inte bleknar vid tryck.

KATEGORI 2 = delhudsskada.

KATEGORI 3 = fullhudsskada.

KATEGORI 4 = djup fullhudsskada.

Sår kategori	2023	2024
1	4	2
2	0	0
3	0	0
4	1	3

Fyra (4) personer med sammanlagt ett (5) trycksår , tre (3) sår med kategori 4 som är en djup fullhudsskada och två (2) kategori ett (1) hudrodnad som inte bleknar vid tryck var dokumenterat i Senior Alert under 2024. En jämförelse med 2023 visar fem trycksår dokumenterat, en (1) djup fullhudsskada och fyra (4) hudrodnader. Tre (3) trycksår uppkom på sjukhuset och två (2) trycksår på egen enhet.

Två (2) sår på häl vänster, ett (1) sår rygglut, ett (1) sår på sittknöl och ett (1) sår på annat ställe.

PPM

PPM registreringar är gjorda v.11–12 och v. 40–41 vad gäller basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete resulterade bra, det är endast ett moment som tidigare mätningar visar att man glömt att sprita händerna innan patientnära arbete. Enhetschefer har lyft detta på arbetsplatsträffar. Skinnskatteberg har enligt registreringarna hamnat bland de tre sista kommunerna i Västmanland. Av de åtta stegen i punktprevalens mätningen är steg tre (3) sämst, korrekta händer före omvårdnad. Andel av korrekta i samtliga åtta steg var 34%. I Skinnskattebergs kommun kommer egenkontroller utföras två gånger om året. Vi måste tillsammans bli bättre på att följa de basala hygienföreskrifterna.



Svenska palliativ registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. Detta inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder, eller dödsplats. Vårdpersonal besvarar en enkät med ca 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet och vi har även en enkät för närstående. Personalen använder sedan resultaten för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultaten från svenska palliativregistret för uppföljning. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporten för 2024 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Forskning bedrivs utifrån resultaten i svenska palliativregistret.

Analys: Personer som vårdas i livets slut i Skinnskattebergs kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö i ensamhet. Förbättringsmöjligheter finns för brytpunktsamtal (läkares ansvar), munhälsobedömning och smärtskattning (sjuksköterskas ansvar).

Brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede från tidig palliativ fas till sen palliativ fas är en gräns där vården ändrar riktning och målet går ut på att lindra. Brytpunktsamtal ansvaras och genomförs av läkare ofta tillsammans med kommunens sjuksköterska när den kurativa vården övergår till att vara palliativ.

Under 2024 har palliativa gruppen inom vård och omsorg träffats ett antal gånger. Genomgång av rutiner som har reviderats. Palliativa ombuden har gjort ett fantastiskt arbete med att skriva och revidera rutiner. Ombuden har träffats varje månad och arbetat för att våra patienter ska få det allra bästa omhändertagandet med all värdighet den sista tiden i livet. Inköp av lådor till varje avdelning med det som känns viktigt efter att patienten avlidit.

Palliativa rådet har möten kontinuerligt var 3:e månad i Västerås. MAS representerar Skinnskattebergs kommun.

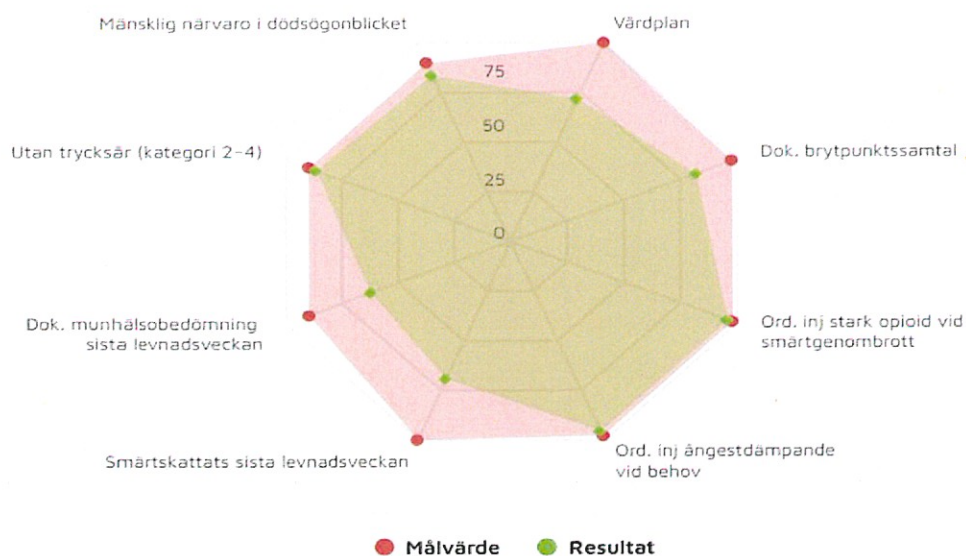
Palliativa rådet ska verka för att fånga upp behov och strukturera insatser samt utveckla det multidisciplinära teamarbetet inom den palliativa vården och möjliggöra en bättre samverkan mellan olika vårdgivare. Rådet har också en rådgivande funktion till ledning och verksamheter.

Palliativa rådet har som mål att säkerställa en god och jämlik palliativ vård för alla oavsett diagnos, vårdform eller bostadsort i länet. Utveckla den palliativa vården i samma takt som övrig hälso- och sjukvård. Den palliativa värdegrunden ska vara en självklar utgångspunkt för berörds vårdgivare.

Diagrammet på nästa sida visar kvalitetsindikationer för riket där man klart ser vad som inte når målvärdet. Smärtskattning, munhälsobedömning och brytpunktsamtal under sista levnadsveckan behöver förbättras.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

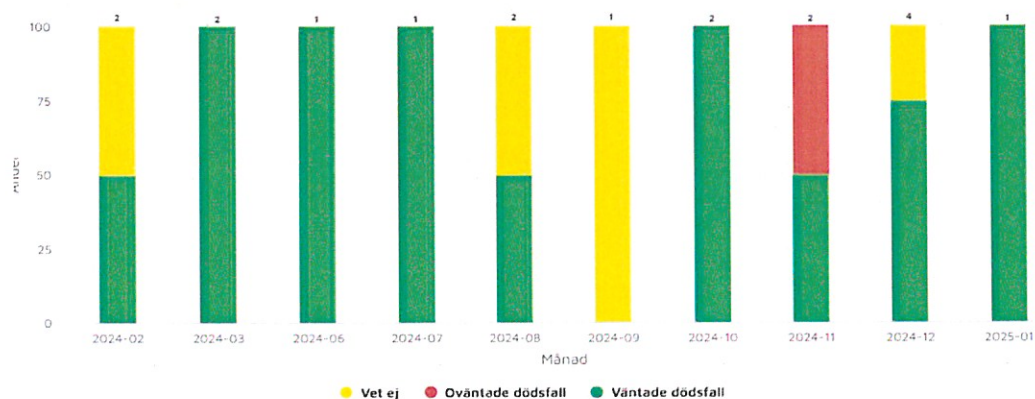
Period 2024-02 - 2025-01



Dödsfall inom äldreomsorgen i Skinnskattebergs kommun

Väntade eller oväntade dödsfall

Period 2024-02 - 2025-01
n = Totalt antal observationer



BPSD-registret

Kvalitetsregister BPSD registret BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister och syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens.

Att arbeta med BPSD-registret bidrar till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Mål: God och säker demensvård

Eftersom få är utbildade i arbetssätt med BPSD kommer inte arbetet och registreringar igång på vissa avdelningar (Ej demensavdelningar) som en naturlig del i verksamheten. För att öka kunskap och registreringar i BPSD krävs att fler personal utbildas i till administratörer i BPSD. Denna utbildning är obligatorisk för att få arbeta i programmet. Det finns enbart ett fåtal inom äldreomsorgen som har inloggning och behörighet att arbeta i programmet varför vi behöver fler som kan arbeta i programmet men även lära ut. BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens drabbar ca 90% av alla personer med demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, oro, hallucinationer och orsakar ofta lidande för personen med demenssjukdom men är även svåra att hantera för anhöriga och vårdpersonal.

Observation av symtom görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory (NPI) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör man en utvärdering.

Data sammanställs till en rapport som kan skrivas ut och användas i det dagliga arbetet på enheten. Från registret kan även statistik över egna data jämföras med övriga riket.

Alla personer i Skinskattebergs kommun med demensdiagnos som bor SÄBO och demensboendet är registrerade i kvalitetsregistret BPSD. Sammantaget 20 personer är registrerade vid utgången av 2024 och det arbetas aktivt i registret med handlingsplaner, uppföljningar och skattningar. Planering av utbildningar i BPSD gjordes och ska utföras under 2025.

Avvikelser

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

Skinnskattebergs kommun har lokala anvisningar för avvikelshantering med syfte att förbättra patientsäkerhet genom avvikelshantering. Processen innefattar identifiering, dokumentation och rapportering av negativ händelse, risk och tillbud samt fastställa och åtgärda orsak. Orsakers effekt ska utvärdera och sammanställa och erfarenheterna återföras till berörda parter. Det övergripande syftet med avvikelshantering är att dra lärdom av inträffade händelser för att vidta förebyggande åtgärder så att händelsen inte återupprepas.

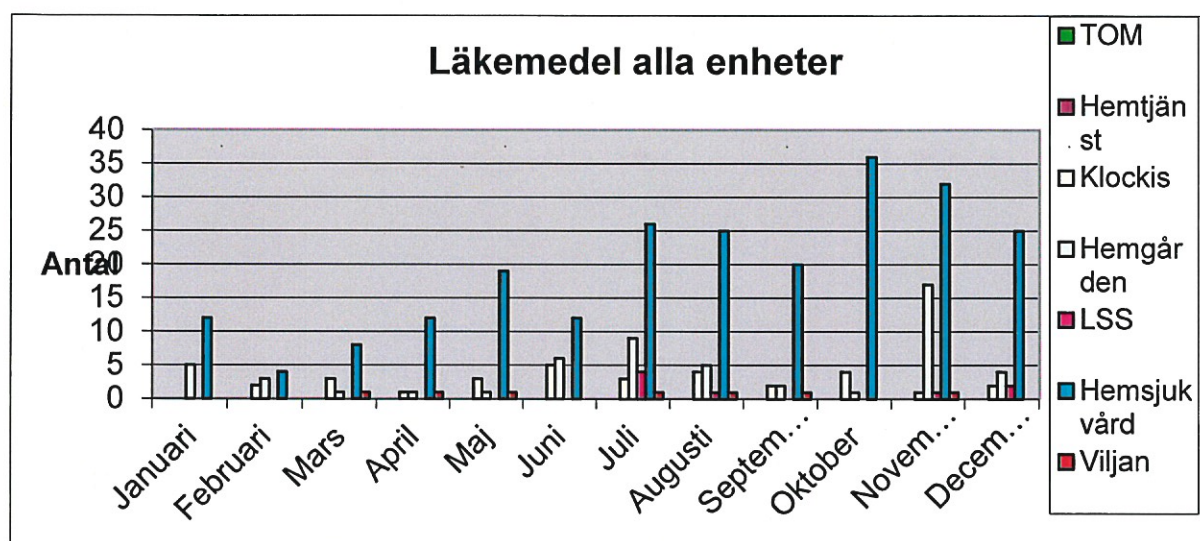
Rapportering av avvikelser

All personal som arbetar inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar att medföra en skada för den enskilde. I den skyldigheten ingår också att ta emot klagomål och hantera dessa. Alla medarbetare inom vård och omsorgsförvaltningen ska ha kännedom om sin rapporteringsskyldighet och tillgång till avvikelssystem för att kunna rapportera avvikelser och klagomål. Inom vård- och omsorg finns en riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter inom vård- och omsorgens verksamheter som övergripande beskriver hur avvikelser ska hanteras och vilket ansvar olika roller har i verksamheten.

För verksamheter inom vård och omsorg finns en rutin som beskriver arbetssättet med avvikelser. Avvikelser skrivs på papper. För patientsäkerheten är det viktigt att den digitaliseras. Resultat och analys SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 § MAS sammanställer avvikelser och klagomål halvårsvis, redovisar därefter till verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den årliga sammanställningen redovisas även till nämnden.

Händelser och synpunkter som anmäls eller rapporteras till verksamheterna som avvikelser eller klagomål utreds och analyseras enligt framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys. Resultatet används som underlag för fortsatta förbättringsarbeten. MAS och enhetschef analyserar och sammanställer.

En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. MAS bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och ska anmälas till IVO enligt lex Maria. Alla avvikelser har genomgått sannolikhets- och konsekvens matrisen. Under 2024 anmäldes inga lex Maria rapporter från vård- och omsorg.



Sammanfattning

Hemsjukvårdens (hemtjänst) mörkblå maj med nitton (19) läkemedelsavvikelser varav elva (11) beror på att man glömt ge läkemedel fem (5) att man inte har överlämnat läkemedlet i tid. En (1) beror på att patienten skulle ha fastat innan läkemedlet ska ges och man har inte följt ordinationen. Sen stiger antalet avvikelser månad efter månad med en viss nedgång under september fram till oktober när kulmen är nådd trettiosex (36) rapporter Femton (15) rapporter beror på att hemtjänsten glömt ge läkemedel till patienten. Femton (15) avvikelser beror på att hemtjänst glömt signera att läkemedel blivit givna. Två (2) rapporter gäller ej datum märkta insulinsprutor. Två (2) rapporter beror på att man bara ställt fram läkemedlet och patienten har inte kunnat ta det själv. En (1) rapport visar att det fattas ett läkemedel. En (1) avvikelse visar att man givit läkemedel vid fel tidpunkt. Under november har vi ett stormöte med hemtjänst där vi förmedlar vår oro för det höga antalet rapporter. Fler uppföljningar gjordes. Hemgården hade en högre stapel i ljusblå i oktober där det visade sig att Sjutton (17) avvikelser där de flesta avvikelserna gäller en och samma avdelning. Ordinarie personal har saknats och det har varit ovan personal som arbetat. Ingen eller dåligt med kontinuitet. Den huvudsakliga anledningen till rapporten har varit att man glömt ge läkemedel till patienten. Hemgården hade femtiofem (55) rapporter -24. Under 2024 har tvåhundra (200) rapporter kommit som enbart gällde hemtjänsten, det totala antalet för äldreomsorgen och LSS var trehundra (300). Enhetschef och MAS kan se att antalet avvikelser sjunker och vi hittar att en stor orsak till det höga antalet avvikelser, är att det planeras fel eller att det inte har planerats överhuvudtaget. Sambandet ses efter en stor kartläggning av alla avvikelser under det sista halvåret 2024. Viljan (korttids) hade sju (7) rapporter under 2024. Klockarbergsgården rapporterade in trettio (30) läkemedelsavvikelser.

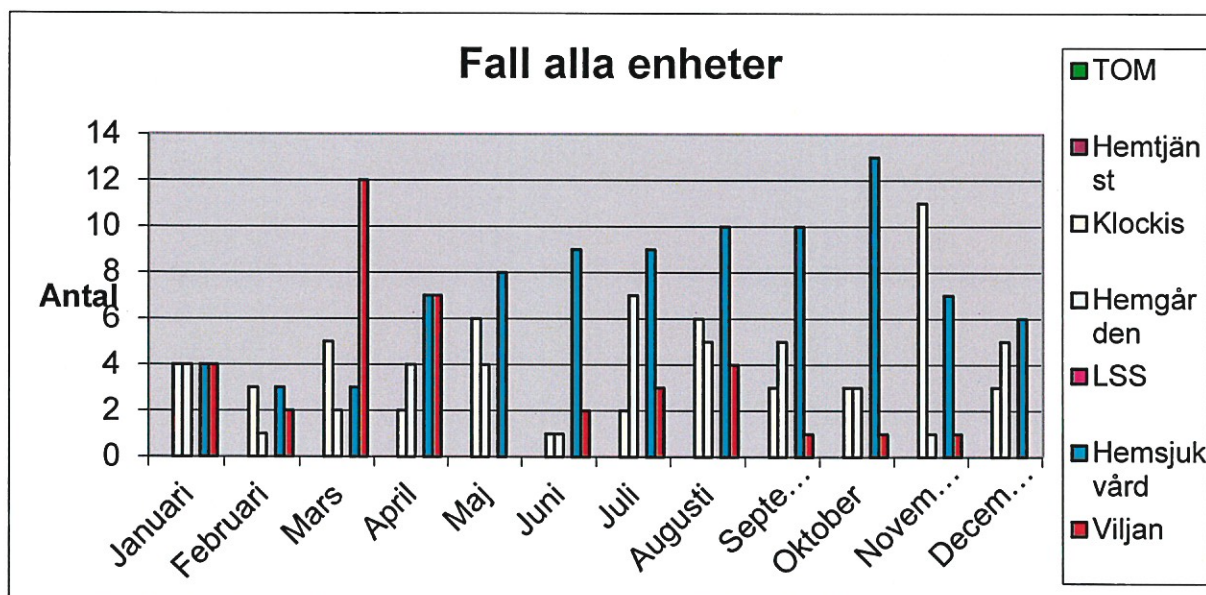
Orsaker till det höga antalet avvikelserrapporter *kan bero på:*

- att det skrivs fler avvikelser.
- att det är fler inskrivna i hemsjukvård.

- att det är fler läkemedelstillfällen som läkemedlen ska ges på
- att många fler arbetar i hemtjänst

Orsaker till det höga antalet avvikelserapporter *beror på*:

- fel i planeringen
- dåligt ansvarstagande
- enligt personal otydliga ordinationer
- otydliga uppdrag till utföraren
- tidspress hos brukaren/patienten
- ej signerat på läkemedelslistor



Sammanfattning

De blå staplarna (hemtjänst) i maj till september visar att det är två (2) personer som står för majoriteten av fallen, här har man satt in de åtgärder som är möjliga av arbetsterapeut och fysioterapeut. I oktober rapporterades tretton (13) fall, av dessa rapporter beror hälften av fallen på deras grundsjukdom och det är fortfarande samma personer som står för övervägande inrapporterade fallen. I november och december sjunker antalet fall och det ser ut att bero på att de personer som stått för de tidigare rapporterna bara haft någon enstaka inrapporterad rapport till följd av att rätta åtgärder satts in. Åtgärder har varit läkemedelsändringar och/eller arbetsterapeut och sjukgymnastens insatser. En ny patient blev inskriven i hemsjukvård i december och står för fyra (4) fallrapporter. Summan avvikelser 2024 för hemtjänsten var åttionio (89) fall. Röd stapel (Korttidsboende) En patient står för alla sjutton (17) fallrapporter även under april finner man att samma person är kvar på korttids och det registreras sju (7) fall. Viljan hade sammanlagt (37) inrapporterade avvikelser 2024. Gul stapel är

Klockarbergsgården under november inträffade elva (11) fall. 2024 hade Klockarbergsgården fyrtionio (49) fallrapporter inregistrerade. Det finns ingen röd tråd det är avvikelser från olika avdelningar och olika personer. Hemgården hade -24 fyrtiotvå (42) fallrapporter. LSS Domherren hade inga fallavvikelser under -24. Inga allvarliga skador har rapporterats in under året.

Jämförelse, avvikelserapporter

Rapporter	2023	2024
Totalt	493 491 läkemedel + fall	712 548 läkemedel + fall
Fall	299	217
Läkemedel	192	331
Övrigt	0	111
Sjuksköterska	0	13
Planering HSL-uppdrag	0	40
Patientnämnd	0	0
Lex Maria anmälningar	2	0

Interna avvikelser: Det totala antalet avvikelserapporter har ökat med 36,5% och den stora ökningen är under andra delen av året.

Resultat läkemedelsavvikelser: En höjning med hundratrettionio (139) avvikelser. Delegerad personal i hemtjänst står för tvåhundratrettioen (231) av trehundratrettioen (331) rapporter i Skinskattebergs kommun. Hemtjänsten har ökat sina rapporter jämfört med året innan med hundranio (109) rapporter vilket är hundratjugotvå (122) fler avvikelser än året innan. SÄBO, LSS, och korttids hade åttiotre (83) rapporter 2023, jämfört med 2024 då antalet var hundra (100) inkomna rapporter vilket är sjutton (17) fler rapporter som gällde SÄBO, LSS och korttids. Klockarbergsgården hade 2024 nio (9) färre rapporter. Hemgården hade trettio (30) fler läkemedelsavvikelser -24. Korttids hade elva (11) rapporter jämfört men -24 då de hade sju (7) rapporter.

Övrigt:

Hemgården: Ex. Brist på personal (arbetsmiljö), ohållbar arbetsmiljö bråk i personalgrupp, personal som blir utsatt för hot och våld, brister i omvårdnad, sensorlarm som är felställda trettiofem (35) rapporter gällande övrigt finns registrerade. Hot och våld rapporter följs av handlingsplaner tillsammans med enhetschef, sjuksköterska, omvårdnadspersonal och MAS.

Domherren: Ex. Hittar saker som är farliga att stoppa i mun för vårdtagaren, glömt ställa fram sensorlarm vid sängen, satt i halsen, sju (7) rapporter har kommit in.

Klockarbergsgården: Ex. Sängen är inte sänkt och brukaren ligger i sängen, Elva (11) avvikelserapporter hänvisas till brister i omsorg, hot och våld rapporter Tjugosex (26) övriga rapporter totalt.

Hemsjukvård (hemtjänst): Ex. Brister i omvårdnad, brist i kommunikations överföringen, brist i bemötande, glömt låsa ytterdörr, stänga kylskåp och läkemedelsskåp, otrygg personal summa fyrtiotre (43) rapporter. 111

Sjuksköterskor: Dåligt bemötande, slarv på signeringslista, glömt skicka uppdatering till planerare, en tablett för lite i dosett, saknas 1 tablett i akutförråd ej nedräknat, enligt omvårdnadspersonal får brukaren inte tillräckligt med smärtlindring av sjuksköterska, otydlig ordination av insulin enligt omvårdnadspersonal tretton (13) rapporter.

Planering av HSL uppdrag: Fyrtio (40) rapporter som går att hänvisa till ett fel i planering från planering till utföraren (hemtjänsten). Detta har som följd inneburit flertalet läkemedelsavvikelser hos hemtjänsten.

Externa avvikelser: En avvikelse har skickats till regionen under -23 gällande en läkare som inte följt upp provsvar. Inga externa avvikelser har kommit oss tillhanda.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshantering, såväl internt som externt vi väntar på att starta upp digital avvikelshantering under 2024. Synpunkter/klagomål behandlas som andra avvikelser förutom att patienten och/eller anhöriga kontaktas telefonledes. Vi hanterar synpunkter och klagomål skyndsamt och har kontakt med patient/anhöriga. Berörda medarbetare informeras. Vi anser att vi har ett fungerande arbetssätt för detta. Vid händelseanalyser är patient/närstående delaktiga och får berätta sin del och eventuella förbättringsområden. Allvarliga klagomål kommer till medicinskt ansvariga för vidare utredning. En bedömning görs om klagomålet har kunnat medfört eller har medfört en allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi kommer att arbeta patientsäkert i framtiden. Genom ledningssystemet ska vi fortsätta planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska anpassas till verksamheternas inriktning och omfattning. Det ska innehålla de processer och rutiner som behövs för att säkra kvaliteten. Vi behöver fortsätta överblicka våra kvalitetsmätningar och utforma åtgärder så att

kvalitén ökar. Dessutom behöver vi fortsatt att årligen beskriva i en patientsäkerhetsberättelse hur man arbetat med patientsäkerhet under året, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som nåtts.

Under 2025 hoppas vi på ett försök till att införa digitala signeringslistor för samtliga HSL-insatser som delegerats till omvårdnadspersonal vilket kommer att öka patientsäkerheten. Vid användandet av digitala signeringslistor antas läkemedelsavvikelserna att minska. Införandet av digitala signeringslistor förutspås säkerställa att delegerade arbetsuppgifter blir utförda och på rätt tid. Detta är ett led i att öka kvaliteten i verksamheten.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål och strategier för hälso- och sjukvårdsorganisationen 2024. Öka kvalitén på vården genom att utifrån individens perspektiv ge effektiv och säker vård. Att rätt vård ges på rätt vårdnivå genom strukturerade bedömningar och säker informationsföring. Mycket arbete i slutet på 2024 att använda Life Care journal som ett kommunikationsverktyg mellan legitimerad personal och delegerad omvårdnadspersonal främst gäller det vårdbegäran mellan professionerna. Ett gott resultat som stärker patientsäkerheten.

- SBAR för legitimerad personal och omsorgspersonal/personliga assistenter. SBAR är en struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska genomföras på ett patientsäkert sätt. Webbutbildningar har startats och utbildningsgruppen, sjuksköterskor kommer att hålla i en utbildning under 2024
- Att använda Visam som är ett beslutsstöd för sjuksköterskor att använda vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patienter i den kommunala hälso-och sjukvården Vi satsar på en gemensam utbildning under 2025
- Att legitimerad personal och omsorgspersonal/personliga assistenter använder lämpliga bedömningsinstrument vid smärta. Åtgärd, palliativa ombuds gruppen har fortsatt att ta fram verktygen
- Utarbeta en handlingsplan för vårdhygien
- Utifrån framtagna journalgranskningsmall genomföra journalgranskning av HSL-journaler regelbundet, på gruppnivå. Åtgärdat, startat upp med en ny mall för 2024.
- Påbörja arbetet med en lokal handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 5 år. Påbörjad men lång ifrån klar
- Implementering av kvalitetsledningssystem ska genomföras på samtliga enheter inom vård och omsorg. Har startats under -24.
- Implementera digitala signeringslistor för läkemedelshantering

- Förbättrad dokumentation vid palliativ vård, arbete pågår i arbetsgruppen Cosmic
- Bedriva vård och omsorg på ett säkert sätt och med hög kvalitet
- Öka säkerheten med läkemedelshantering ordinära boenden nyckel fri hemtjänst samt digitala läkemedelsskåp. Alla brukare i Skinnskattebergs kommun har under 2024 digitala läkemedelsskåp.

Sammanfattande bedömning

Under 2024 har mycket av arbetet varit inriktat på att fortsätta arbeta förebyggande mot Covid-19 genom vaccination vårdosen och den så kallade höstdosen dos 8 under hösten närmare bestämt i början av oktober samtidigt sker influensavaccinering. Sjuksköterskorna har haft ett lugnare år och två nya sjuksköterskor har ersatts av två sjuksköterskor som valt att gå vidare till andra kommuner. En fysioterapeut påbörjar sin anställning under juli. Vid året slut har vi inga konsulter i våra verksamheter och en arbetsterapeut kommer att börja sin anställning efter nyår. Kvalitetssystemet Senior Alert har halkat efter det beror på att detta varit bortprioriterat och uppföljningar har inte blivit gjorda. Sjuksköterskor och rehab personal dokumenterar och kvalitetssäkrar i Cosmic sammanhållen journal. Vårdbegäran mellan beställare och utförare har påbörjats via kommunikationsverktyget i Lifecare för att kvalitetssäkra patientsäkerheten vilket i slutet på året givit resultat. Färre fel har uppkommit i planeringen av uppdrag till utföraren av HSL-uppdrag.

Under senare delen av 2024 har förberedelser inför upphandling av läkemedelsautomater kommit igång. Rutiner omvärldsbevakning

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas bedömning och kommentar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar tillsammans med verksamhetschef enligt 11 kapitel 4 § i hälso- och sjukvårdslagen för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunen är patientsäker.

MAS har dels genomfört granskningar utifrån enskilda händelser, dels utifrån uppgjord plan. Återföring av granskningarnas resultat har skett till berörda verksamheter som ansvarar för det fortsatta förbättringsarbetet. MAS bedömning är att förbättringsarbetet behöver prioriteras av hela verksamheten framledes.

MAS vill lägga tyngdpunkt på att patienten får rätt individuellt inkontinenshjälpmedel förskrivet dels personcentrerat, dels för kostnadseffektiviteten. Mer tid bör läggas för arbetet med inkontinens och hjälpmedel.

MAS anser att digital läkemedelssignering är en förutsättning för att få ökad följsamhet till ordinationer vilket bidrar till en patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet. Digital läkemedelssignering möjliggör rätt insats i rätt tid av rätt person.

Att signera elektroniskt bedöms stärka patientsäkerheten eftersom tjänstgörande sjuksköterska får larm om läkemedel inte signeras inom ett givet tidsintervall. Genom att ha säkrat upp med läkemedelsskåp i hemsjukvård 2024 har vi höjt åtkomst och spårbarhet och även patientsäkerheten.

Demensvården behöver lyftas och MAS flaggar för kompetenshöjning på demensboendena både hos legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. De behöver utbildning i BPSDs kvalitetsregister.

MAS anser att man bör titta mer aktivt på möjligheten till ett digitalt avvikelssystem. Det finns risker att allvarliga avvikelser bedöms fel och hamnar fel. Detta borde vara prioriterat eftersom det stärker patientsäkerheten, det är viktigt att få rapporter samlade och underlätta för att avvikelser hamnar hos rätt utredare och som även skulle kunna medföra att man arbetar mer aktivt med uppkomna avvikelser. Klagomål samt avvikelshantering är en viktig del i det dagliga arbetet för att förbättra vårdkvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett fortsatt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen, såväl internt som externt, det är viktigt att starta upp digital avvikelshantering under 2024.

MAS anser att man behöver en tydlig strategi för att säkerställa rekrytering och behålla erfaren personal, tillsammans med en strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda. Mer kompetens och nya arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar behöver säkerställas och detta ska ge ökade möjligheter att säkerställa utförandet av ordinerade insatser.

MAS anser att grundläggande förutsättningar behövs för att minska risken för vårdskador genom:

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Vi fortsätter att kvalitetssäkra verksamheten genom att planera, leda och kontrollera genom att genomföra egenkontroller och uppföljningar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS förespråkar att införa interna workshops med fokus på resultat från egenkontroller

MAS har förslag till ett stort samarbete mellan hemsjukvårds chef och hemtjänst chef för att stärka patientsäkerheten och förståelsen för hemsjukvård och hemtjänstens olika roller. Samarbetet ska kugga i varandra och målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte, de äldre ska uppleva trygghet i relation till vård- och omsorg.