



# Patientsäkerhetsberättelse för Degerfors Kommun År 2023



Marie-Louise Forsberg-Fransson, Förvaltningschef och Verksamhetschef HSL  
Jaana Carlson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Moa Rosengren, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Innehåll

1.	Inledning.....	3
2.	Sammanfattning.....	4
3.	Övergripande mål och strategier .....	5
4.	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
5.	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
6.	Adekvat kunskap och kompetens .....	10
7.	Patienten som medskapare.....	11
8.	Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller .....	11
9.	Resultat av egenkontroller under året .....	12
	PPM-Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	12
	HALT.....	13
	Kvalitetsregister: .....	14
	Avvikelse .....	17
	Journalgranskning.....	20
	Läkemedelshantering .....	21
10.	Risicanalys .....	23
11.	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	24
	Avvikelse .....	24
	Lex Maria .....	24
	Klagomål och synpunkter .....	24
	Synpunkter och klagomål, patienter och närstående.....	24
12.	Sammanställning och analys av rapporter .....	25
13.	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	26
14.	Övergripande mål för 2024.....	28

# 1. Inledning

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

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

## 2. Sammanfattning

Även under 2023 har det varit stort fokus på ekonomi vilket lett till att kvalitets- och utvecklingsarbete fått stå tillbaka och vissa besparingsåtgärder har behövt vidtas. Exempelvis så har trygg hemgång avvecklats, områdeschef för äldreomsorg har vakanshållits och dagverksamheterna har reducerats. Att det saknas områdeschef för äldreomsorg innebär att förvaltningschef även har uppdraget som verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Det har inte skett någon utveckling av kvalitetsledningssystemet under året. Avsaknaden av ett kvalitetsledningssystem och systematisk uppföljning gör att det finns brister i följsamheten till framtagna rutiner och riktlinjer. Det finns behov av att göra en processkartläggning som kan utgöra grunden för kvalitetsledningssystemet, det är dock ett omfattande arbete.

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse sattes fem målområden upp och en handlingsplan med olika aktiviteter togs fram tillsammans med enhetscheferna som skulle främja måloppfyllelse. Många aktiviteter har gjorts eller planeras för under 2024. Ett av målområdena handlade om att höja kompetensen, det har under året tagits fram en kompetensutvecklingsplan och kompetenshöjande insatser har hållits i större omfattning än på många år. Detta målområde kommer finnas kvar under 2024 för att kompetensutvecklingsplanen ska hinna implementeras.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort en granskning av särskilda boenden och påpekat brister inom flera områden. En handlingsplan med tidsplan har tagits fram för att åtgärda bristerna. Handlingsplanen följs upp regelbundet på enhetschefsträffar och i ledningsgruppen.

Egenkontroller har gjorts under året. Det är tydligt att mätningar och registreringar inte görs med samma följsamhet i hemtjänsten som på särskilda boenden, det gäller både exempelvis hygienmätningar och registrering i kvalitetsregister. Följsamheten till egenkontroller handlar mycket om personligt engagemang hos enskilda medarbetare. Det saknas dessutom systematik för hur resultaten av egenkontrollerna ska användas på enhetsnivå i förbättringsarbete.

### 3. Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659,3 kap. 1 § och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§)*

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges till personal, vårdtagare och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

Det saknas ett övergripande kvalitetsledningssystem utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Stort ansvar i detta arbete ligger på förvaltnings- och områdeschef/er. Rutiner och riktlinjer finns idag tillgängliga i Kompassen 2.0. En del riktlinjer och rutiner har reviderats under året och det är ett arbete som sker kontinuerligt av medicinskt ansvariga men det saknas systematik och struktur runt vilka dokument som behöver ses över samt hur dessa ska implementeras och följas upp i verksamheten.

För år 2023 satte verksamheten upp följande mål:

#### **Höja kompetensen**

Målet var att höja kompetensen hos legitimerad personal och hos personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det fanns behov av utbildning inom bl.a. dokumentation, hantering av lyft, förflyttning, palliativ vård, trycksårsprevention, läkemedelshantering, HLR, basal omvårdnad, hjälpmedelshantering, avvikelser, bedömning av försämrat hälsotillstånd m.m. Det fanns också ett stort behov av att starta upp regelbundna och återkommande utbildningar för att säkra kompetensen samt behov av att ta fram en lista på vilka utbildningar som ny personal måste gå.

#### **Kvalitetsregister**

Målet var att öka kunskapen och förståelsen av att arbeta med kvalitetsregister. I ett led att stärka patientsäkerheten är det viktigt att kvalitetsregistren används på ett säkert och kvalitativt sätt. För att kunna göra detta så behövs utbildning, samt att medarbetarna ges tid och möjlighet till att arbeta med det i sina verksamheter. Detta för att medarbetarna inte enbart ska registrera i registret, utan att arbeta med åtgärder kopplade till de risker som framkommer samt med uppföljningar för att kunna få fram relevant statistik. Alla i teamet behövde förstå syftet med att arbeta med kvalitetsregistren.

### **Avvikelsehantering**

Målet var att öka förståelsen kring syftet med avvikelser och att alla skulle förstå sin del i arbetet med avvikelser och vikten av att rapportera risker. Alla i teamen behövde få verktyg (tid, resurser, utbildning, ledning mm) för att kunna arbeta kvalitativt med avvikelser och risker. Det behövdes även arbetas mer proaktivt med att fånga upp risker som fanns i verksamheten och rapportera dessa innan de blev avvikelser. Teamsamverkan kring risk- och avvikelsehantering hade pekats ut som en viktig åtgärd. Målet var vidare att höja andelen utredda avvikelser.

### **Fallprevention**

Målet var att öka kunskapen om fallprevention hos all personal genom webbutbildning. Roller och ansvar i det fallpreventiva arbetet skulle tydliggöras genom att ta fram en rutin eller riktlinje. Under året skulle det genomföras någon utåtriktad aktivitet om fallprevention till allmänheten i samarbete med vårdcentralen.

### **SIP**

Målet var att öka antalet genomförda SIP:ar för att på så vis göra den enskilde mer delaktig i sin vård och förbättra kvaliteten på samordningen och planeringen av vården.

## **4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Socialnämnd

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Förvaltningschef, tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS- och MAR-ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

MAS är anställd 70 % och MAR 45%.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända och följs i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under förgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för att en god kvalitet inom verksamheten upprätthålls. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada. Men också genom att aktivt vara delaktiga i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Arbets terapeut och sjuksköterska har ett särskilt yrkesansvar gentemot patienten. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet. Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbets terapeut eller sjuksköterska är hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Stödfunktioner med specialistkompetens

*Hjälpmedelstekniker:* Ansvarar för och säkerställer att kommunens omvårdnadshjälpmedel uppfyller de krav som ställs vad gäller säkerhet och kvalitet. Hjälpmedelstekniker är anställd på 70 %.

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

*Samverkansledare i västra länsdelen:* Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalitet, behjälplig med utbildningsinsatser

*Fysioterapeut:* Anställd på vårdcentralen men har ansvar för insatser i kommunen för enskilda både i ordinärt- och särskilt boende samt i kommunens korttidsboende.

*Demensteam:* Ska bestå av demenssjuksköterska 50 % och arbetsterapeut 50 %. Demensteamet utför minnesutredningar och uppföljningar på remiss från Vårdcentralen. Professionerna handleder personal i hemtjänsten och utbildar BPSD – administratörer i kommunen. Individ och anhörigstöd ingår även i uppdraget. Liksom 2022 har demensteamet under 2023 endast bestått av 50 % arbetsterapeut p.g.a. resursbrist, därför har inte handledning av personal kunnat tillgodoses. Arbetsterapeuten i demensteamet har därför istället prioriterat att närvara på teamträffar i hemtjänsten. BPSD-utbildningar har fortsatt som tidigare, men tillsammans med nuvarande MAS.

*Patientnämnden:* Är gemensam för alla kommunerna i länet.

*Adjungerande klinisk adjunkt (AKA):* Är en samfinansierad tjänst för västra länsdelen i samarbete med universitetet. Det är en huvudhandledare främst som stöd till handledare för sjuksköterske- och distriktssköterskestudenter. Under 2022 bröt sig Karlskoga kommun ur denna samfinansierade tjänst. Målet 2023 har varit att Laxå kommun och Degerfors kommun ska samfinansiera tjänsten själva i samarbete med universitetet. Detta har dock inte kommit till stånd under 2023.

## 5. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador är socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen för Välfärd och Folkhälsa (VVF).

Nätverksträffar för Medicinskt ansvariga i länets kommuner hålls regelbundet och återkommande där sammankallande är utvecklingsledare på Välfärd och Folkhälsa. Medicinskt ansvariga i länet samverkar i grupper tillsammans med representanter från regionen genom att ta fram och revidera gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor. Träffarna har varit både fysiska och digitala under 2023. Träffarna har inletts med information från Vårdhygien gällande nyheter kring luftvägsvirus (covid-19, influensa och RS), andra hygienfrågor samt vaccinationsdirektiv. Därefter har det varit inbjudna professioner från regionen som informerat om sina områden som är viktiga i samarbetet kring patientsäkerhetsarbetet.



Samverkansledare i västra länsdelen har i uppdrag att främja samverkan och informationsutbyte mellan kommunerna och regionen. Uppdraget innefattar även att arbeta för trygghet och säker hemgång från slutenvården till kommunens vård och omsorg.

Samordnad individuell plan, SIP är också ett forum för samverkan där den enskildes fokus blir gemensamt för olika vårdgivare (kommun, vårdcentral och slutenvård). I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, vårdcentralen, Degerfors-, Laxå- och Karlskoga kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer för att den enskilde och anhöriga ska känna sig trygga i att ha säkra in- och utskrivningar och få vård och behandling på rätt vårdnivå.

Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuter på Karlskoga lasarett, rehabchef, HSL-chef och MAR har haft en träff under året och tagit upp frågor kring samverkan mellan slutenvården och kommunerna med fokus på rehabilitering.

Samverkan mellan kommunens arbetsterapeuter och vårdcentralens fysioterapeut har försvårats under 2023 då det saknats fysioterapeuter på Pilgårdens vårdcentral. Det finns ett gott samarbete mellan kommunens arbetsterapeuter och hemrehabfysioterapeuten som i sitt uppdrag arbetar mot kommunens patienter. Det har anställts en rehabundersköterska på vårdcentralen som också samarbetar med kommunens arbetsterapeuter i gemensamma patientärenden vilket varit positivt.

De strategiska samverkansmöten mellan kommunen och vårdcentralen som startades upp under 2022 har fortsatt under 2023. Under året har det dock saknats chefsrepresentation på mötena vilket försvårat för gruppen att ta beslut i hur det ska arbetas vidare kring vissa frågor i den handlingsplan som togs fram i början av året. Detta beror delvis på att det varit många chefsbyten på vårdcentralen och stor personalrotation för övrigt.

Samverkansmöten på operativ nivå mellan olika professioner från vårdcentralen och kommunen har hållits vid två tillfällen under 2023 och det har varit givande möten enligt dem som deltagit. Gruppen har pratat om samverkan genom att utgå från fiktiva ärenden. Det konstaterades att samverkan försvåras av att informationen inte når ut i alla led, detta delvis p.g.a. att det saknas gemensamt journalsystem.

Läkarronder på särskilt boende och i hemsjukvården utförs regelbundet. Tid för ronder finns avsatt för hemsjukvården i ordinärt boende och särskilt boende.

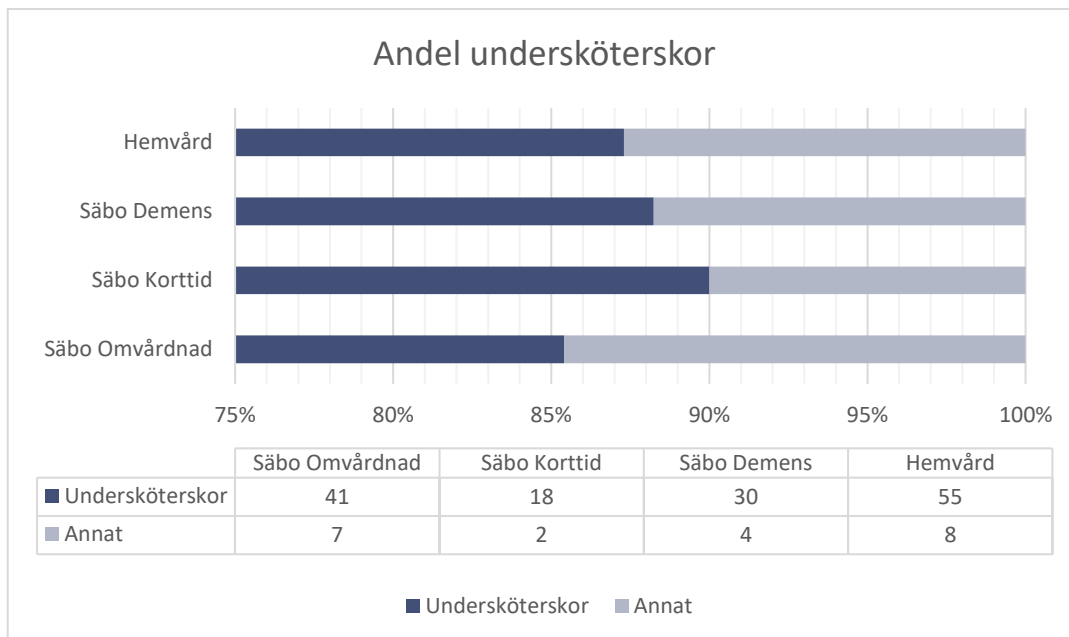
Palliativa enheten bjuder in sig till sjuksköterskegruppen för regelbundna dialogträffar och erbjuder även att hålla i vissa utbildningar under 2024 för legitimerad personal men även för andra personalgrupper.

I samverkan finns även Patientnämnden och dess kansli som bedriver verksamhet för Region Örebro län och länets tolv kommuner, vilka alla har avtal med regionen. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och anhöriga.

## 6. 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.

Från och med 1 juli 2023 blev undersköterska en skyddad yrkestitel, det innebär att för att få använda titeln undersköterska måste ett bevis ha utfärdats av socialstyrelsen (vissa övergångsbestämmelser finns dock). I samband med detta infördes även krav på att fasta omsorgskontakter inom hemtjänsten måste ha bevis om skyddad yrkestitel. Inom hemtjänst i Degerfors kommun har ca 87 % av den tillsvidareanställda personalen yrkestiteln undersköterska. På särskilt boende och korttidsenheten är andelen undersköterskor ungefär lika stor, se tabell nedan.



För att säkerställa att kunskap finns inom vissa områden utses ombud på varje enhet som ansvarar för att sprida kunskap vidare till sina arbetskamrater, ombudet har också ofta egna arbetsuppgifter kopplade till området som hen ansvarar för.

Exempel på ombud är förflyttningsombud, hygienombud och Senior Alert-ombud. Ombuden bör samlas och få ny kunskap om området regelbundet, strukturen för detta har dock stora brister, alla ombudsroller är inte tillsatta på varje enhet och det är inte tydligt vem som är sammankallande för alla ombudsroller och vad varje ombudsroll innebär. Det saknas undersköterskor med specialistutbildning som skulle kunna ansvara för att sammankalla ombud inom dennes specialistområde. Detta beror delvis på personalrotation.

Under året har MAS och MAR påbörjat en kompetensutvecklingsplan för professionerna som arbetar inom äldreomsorgen, denna är inte implementerad ännu.

Inför varje sommar får semestervikarier en dags introduktionsutbildning där ingår en halvdags förflyttningsutbildning. Enligt bemanningshandboken ska nya vikarier få gå bredvid minst 4 pass innan hen kan få arbeta självständigt. En checklista över vad som ska gås igenom under bredvidgången finns och ska återlämnas signerad av handledare till enhetschef.

## 7. Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4§*

Det finns i dagsläget inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet.

Det finns möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevlades.

## 8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §, 5 kap. 2§,7§ och 8§, 7kap.2§ p2, PSL 2010:659 3kap. 10§*

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll av att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser (SKR), Kolada och olika nationella kvalitetsregister. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer samt återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsplan.

Egenkontroller kopplade till patientsäkerhet som utförs är:

- Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)
- HALT- mätning (Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities)
- Rapport utdrag ur Nationella kvalitetsregister - Senior Alert, palliativa registret och BPSD-registret
- Sammanställning av avvikelser
- Journalgranskningar
- Granskning av läkemedelshantering
- Granskning av hjälpmedelshantering

## 9. Resultat av egenkontroller under året

### PPM-Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en nationell mätning. Denna görs 1 ggr/år under vårterminen.

Mätningen är avsedd som ett stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till dessa rutiner och regler och därmed bidra till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI). På grund av att det var så få som registrerade sina mätningar under våren gjordes ytterligare en mätning lokalt under hösten. Dessvärre skedde ingen förbättring kring antalet registrerade mätningar trots att MAS skickade påminnelser och erbjöd sig att hjälpa till samt förlängde tiden för mätningen med två veckor. 2023 var sista året som det anordnades en nationell mätning utifrån SKR:s underlag. Hädanefter kommer kommunerna behöva anordna egna mätningar för att kunna ha koll på följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

PPM	2021 VT	2022 VT	2023 VT
Total följsamhet i alla 8 stegen gällande basala hygienrutiner och klädregler	62,5 % (Riket 67,6%)	47,6% (Riket 65,3%)	47,6% (Riket 61,3 %)
Följsamhet till basala hygienrutiner i alla 4 stegen	72 % (Riket 73,7%)	87,3% (Riket 88,7%)	51,2% (Riket 67 %)
Följsamhet till klädregler i alla 4 stegen	89,3% (Riket 90,0)	84,1% (Riket 88,70 %)	82,% (Riket 88,7%)

Källa: SKR.se

**Analys:** Under vårens mätning var det ett av fem vårdlag som rapporterade in sina mätningar och vid mätningen som gjordes under hösten var det samma vårdlag som rapporterade in sin mätning. MAS hjälpte till att rapportera in för en vårdlag med resultatet att två av fem vårdlag rapporterade in sina mätningar. Varför det inte har gjorts är svårt att förklara, hjälp erbjöds och rapporteringstiden förlängdes. Hygienombud finns i varje vårdlag men om dessa gått utbildning för hygienombud är oklart. P.g.a. att SKR har avslutat att anordna hygienmätningar så har databasen med information om den lokala mätningen stängts ner, därför visas bara siffror från mätningen i våras som är hämtat från SKR:s hemsida.

**Åtgärder:** Enligt lista hos medicinskt ansvariga har varje enhet och vårdlag utsedda hygienombud, dessa listor uppdateras kontinuerligt via kontakt med ansvarig chef. Regionen har under året erbjudit upprepade hygienutbildningar för chefer, hygienombud, medarbetare och vikarier. Utbildningstillfällen är redan inplanerade från regionen även under våren 2024. Två av åtta chefer har gått hygienutbildning för chefer under 2023.

Alla enhetschefer ska regelbundet ta upp hygienrutiner med sina medarbetare på APT:er. Personal ska veta var man hittar hygienrutinerna och ska ha fått information om rutinerna innan de skriver på informationsdokumentet vid nyanställning.

Hygienombud har en tydlig beskrivning av sitt uppdrag och ansvar. Detta ska vara känt av alla ombud och chefer. Ombuden ska få uppdaterad information först och främst av sin chef men också av MAS, MAR och hygienköterska. Hygienrutinerna ska ha nolltolerans mot avsteg.

**Förbättringsförslag:** Eventuellt lägga in i planeringssystemet när hygienmätningar ska göras, så att dessa rapporters in korrekt. Viktigt att medicinskt ansvariga får stöd från enhetscheferna i kommunikationen ut till personalgrupperna om vikten av att mätningen genomförs, det måste vara tydligt att det är en prioriterad arbetsuppgift. Alla chefer bör gå utbildning i basala hygienregler. Viktigt att fortsätta arbeta med de basala hygienrutinerna i fokus och nyttja de utbildningsplatser som erbjuds av vårdhygien.

## Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT)

Vid den årliga HALT-mätningen, som är en punktprevalensmätning, registreras alla personer som bor på särskilt boende. Indikatorer som registreras är vårdrelaterade infektioner (VRI), antibiotikaanvändning, riskfaktorer (för infektioner), trycksår och vårdtyngdsindikatorer.

**Resultat:** Förekomsten av VRI är låg och antibiotikabehandling förekommer inte i någon större omfattning. Det som sticker ut i Degerfors är att det är en stor andel personer som har urinkateter jämfört med hur det ser ut i riket. Annat som sticker ut är att alla vårdtyngdsindikatorer som mäts (desorientering, inkontinens, sängliggande/rullstolsburen) är mer vanligt förekommande på våra särskilda boenden än i riket. Trycksår är mindre vanligt än i riket men andra sår är mer vanligt förekommande.

**Analys:** Det är intressant att vårdtyngdsindikatorerna är så vanligt förekommande. Kan det finnas behov av att erbjuda mer aktivitet på våra boenden för att minska andelen sängliggande/rullstolsburna? Eller handlar det om att de som flyttar in på våra boenden är väldigt sjuka/funktionsnedsatta och/eller att de bor hemma längre i ordinärt boende?

**Förbättringsförslag:** Arbeta mer systematiskt med resultaten från mätningen i förbättringsarbetet. Det kan finnas utbildningsbehov hos sjuksköterskorna på särskilt boende om blåsdysfunktion och inkontinens. I regionen har det anställts inkontinenssamordnare som kommunen kan använda sig av vid utbildningstillfällen. Eventuellt kan även dialog med ansvarig läkare behövas angående hur snabbt det beslutas om kvarliggande kateter.

## Kvalitetsregister:

### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion.

- Målsättningen är att alla enskilda över 65 år, både på särskilt boende, korttidsboende samt enskilda i ordinärt boende med vårdåtagande av HSL ska registreras
- Riskbedömning ska göras minst en gång per år och vid förändrat allmäntillstånd
- Vid risk sätts åtgärder in och följs upp inom tre månader

Senior alert	2021	2022	2023
Riskbedömda totalt	78 st.	83 st.	119 st.
Riskbedömda i hemsjukvården	18 st.	21 st.	46 st.
Riskbedömda på särskilt boende och/eller korttidsenhet	60 st.	62 st.	75 st.

**Analys:** Under 2023 har riskbedömningar gjorts i större utsträckning än under 2022 men det är fortfarande en liten andel av alla som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård som riskbedömts. Antal personer över 65 år som var inskrivna i hemsjukvården uppgick år 2023 till 370 stycken och 152 personer var inskrivna på särskilt boende och korttidsenhet. Det är en stor variation i hur mycket olika enheter och vårdlag använder sig av registret.

**Åtgärder:** I början av året tittade en tvärprofessionell arbetsgrupp på rutinen för Senior Alert, den reviderades sedan av MAS och MAR utifrån arbetsgruppens synpunkter. Under hösten har MAS och MAR haft workshops med teamen där den nya rutinen togs upp och grundutbildning genomförs. Fokus har legat på att använda registret som ett verktyg i arbetet för göra det mer angeläget för personalen att använda. Senior Alert-ombud har utsetts på enheterna och i vårdlagen och tid ska avsättas i schemat för registreringar.

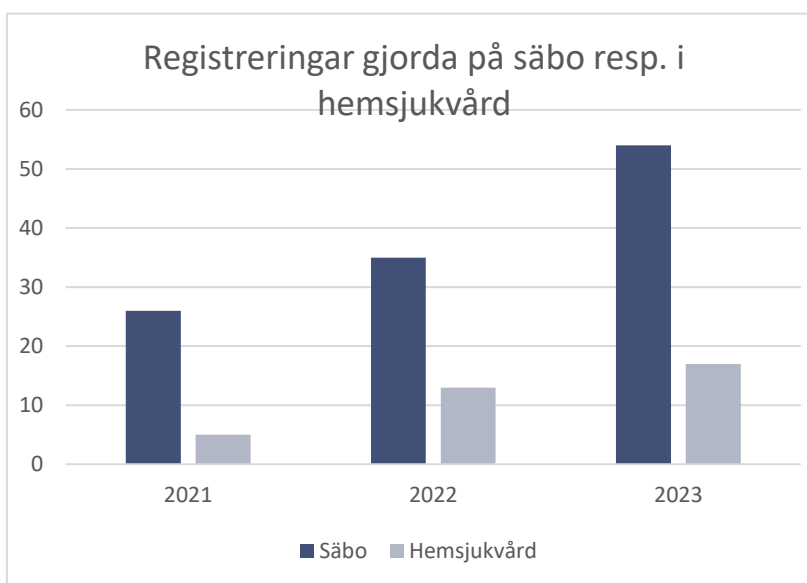
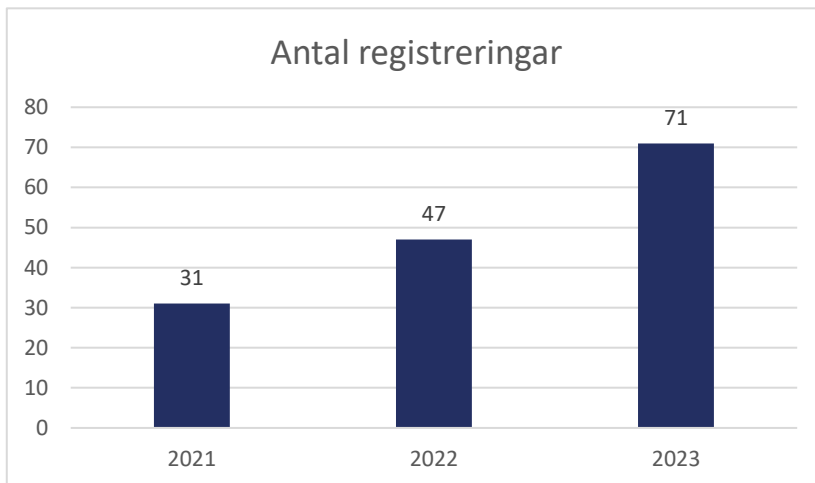
**Förbättringsförslag:** Viktigt att fortsätta arbetet med att registrera fler i Senior Alert samt att se till att hela teamet är delaktigt vid diskussion om bakomliggande orsaker och åtgärder. Viktigt att registret används som ett verktyg för att hitta individanpassade åtgärder. Ännu fler i personalen behöver gå grundutbildningen för att få en ökad förståelse. Det kvarstår ett implementeringsarbete på flera enheter och vårdlag. I nuläget är antalet registreringar nära sammankopplat med personligt engagemang hos enskilda medarbetare. När antalet registreringar ökat ytterligare kan statistik tas fram för att se trender på hur det ser ut på våra boenden och vårdlag angående trycksår, fall och nutrition.

## Palliativa registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut.

Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- vara ordinerad läkemedel vid behov
- få god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där hen önskar dö
- att inte behöva dö ensam
- att närstående är informerade om situationen
- veta att närstående får stöd



**Analys:** Antal registreringar har ökat från tidigare år. Registrering i palliativa registret har mest använts inom särskilt boende och korttidsenheten. 2023 gjordes totalt 71 registreringar i palliativa registret, av statistik i Treserva framgår att 141 personer avlidit som haft ett sjuksköterskeåtagande under året. Även om det är ungefär hälften av dessa som registrerats i palliativa registret så behöver det inte innebära att få registrerats eftersom en del patienter kan ha vårdats sin sista tid och avlidit på sjukhus.

Indikator	2021	2022	2023
Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument. Mål: 100 %	85 % Riket: 54,1 %	61,7 % Riket: 62,2%	78,9 % Riket: 65,5 %
Utförda brytpunktsamtal till patient av läkare: Mål 98 %	95 % Riket: 79,5 %	76,6 % Riket: 80,2 %	43,7 % Riket: 56,6 %
Utförd munhälsobedömning. Mål 90 %	75 % Riket: 61,4 %	38,3 % Riket: 60 %	53,5 % Riket: 62,1 %

**Analys:** Utifrån indikatorerna syns en förbättring från tidigare år, förutom när det gäller brytpunktsamtal till patient. Det kan bero på att brytpunktsamtalen hålls för sent och därför har läkaren samtalet med närstående istället. Det resultatet är sämre jämfört med tidigare år, men även jämfört med riket. När det gäller utförd smärtskattning med bedömningsinstrument har det skett en förbättring jämfört med tidigare år och resultatet är dessutom bättre jämfört med rikets resultat. Resultatet för utförd munhälsobedömning är bättre än förra årets men är fortfarande sämre än rikets. De målvärden som är fastställda i Socialstyrelsens sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp om palliativ vård uppnås varken nationellt eller i vår verksamhet.

**Åtgärder:** Träffar med palliativa teamet har hållits i sjuksköterskegruppen där olika ämnen har diskuterats i lärandesyfte.

**Förbättringsförslag:** Fortsätta arbetet med att göra registreringar i palliativa registret. Använda registret för att tydliggöra vad vi behöver bli bättre på och arbeta med resultaten på enhetsnivå för att kunna erbjuda en god palliativ vård. Vi ska eftersträva att nå upp till de fastställda målnivåerna.

Utbildning för sjuksköterskor är inplanerat i början av 2024.

Följsamheten till den rutin som finns om palliativ vård behöver öka.

## BPSD-registret (BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD-registret stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Utifrån data tas en bemötandeplan fram som är viktig att alla som arbetar med den enskilde känner till och följer. Registrering görs regelbundet, minst 1 ggr/år enligt Socialstyrelsen. Teamet kan även följa utvecklingen av förekomsten av vissa beteenden på en specifik enhet för att kunna sätta in åtgärder på enhets-/grupp nivå.



BPSD	2021	2022	2023
Antal registreringar	51	52	77

**Analys:** Under 2023 gjordes fler registreringar än under 2021 och 2022 men tidigare år har det gjorts betydligt fler. Det är svårt att dra några slutsatser om i hur stor utsträckning registreringar görs i förhållande till hur många som har dessa symtom. Däremot är det få som registreras i relation till hur många det är som har en demensdiagnos i hemsjukvården och på särskilt boende. (90 % av personer med demens utvecklar beteendemässiga och/eller psykiska symtom någon gång under sjukdomsförloppet.) Registret används främst på särskilt boende, 90 % av registreringarna är gjorda där.

**Åtgärder:** Det utbildas årligen nya administratörer, både chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal. Nytt för 2023 var att även biståndshandläggare utbildades i syfte om att få kunskap om demensvård. Alla utbildade administratörer, medarbetare och chefer erbjuds att komma på årliga BPSD återträffar för att få inspiration i arbetssättet samt information om nyheter i registret.

**Förbättringsförslag:** Komma igång med registreringar och framtagande av bemötandeplaner i hemsjukvården för att öka den enskildes livskvalitet och möjligheterna att bo kvar längre i ordinärt boende.

## Avvikelser

Medarbetare är skyldiga att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Det är viktigt att avvikelser hanteras och analyseras i teamet (enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal). Målet är att antalet avvikelser som rapporteras ska minska och att organisationen har ett riskförebyggande arbetssätt.

	Alla avvikelser	Fall	Läkemedel	Utebliven insats	MTP	HSL
2023	1765 ↑	1053 ↑	304 ↑	79 ↑	23 ↑	129 ↑
2022	1708	985	288	53	19	122
2021	1665	1080	165	108	6	63

**Analys:** Under året rapporterades totalt 1765 avvikelser i Treserva. Det är en ökning från år 2022 då det rapporterades 1708 avvikelser. Den största andelen avvikelser som rapporteras är fall och brister i läkemedelshantering. Antalet avvikelser har ökat i alla de avvikelseområden som vi valt att följa. Procentuellt är ökningen störst inom området utebliven insats med en nästan 50 % ökning därefter kommer

medicintekniska produkter med en ökning på ca 20 % (värt att beakta är dock att detta sker inom områden med ett ganska lågt antal avvikelser vilket gör att varje avvikelse innebär en stor procentandel).

Många av de uteblivna insatserna rapporteras av en enhet på särskilt boende och handlar om uteblivet städ, dusch och utförd träning p.g.a. hög arbetsbelastning. Det förekommer inte att detta rapporteras av någon annan enhet, oklart om det inte förekommer att det behöver prioriteras bort eller om det inte rapporteras som avvikelser. Flera andra uteblivna insatser har rapporterats av en sjuksköterska och handlar om ex. mätvärden som omvårdnadspersonalen ombetts inkomma med inför ronder eller delegerade/ordinerade uppgifter som inte utförts, ex. smörjningar eller omläggningar. Ett fåtal avvikelser handlar om brister i planeringen, ex. besök som inte planerats in, otillräckligt med tid för besöket, att personalen saknar kompetens för det som ska utföras eller att det saknas dubbelbemanning när det behövs. Ett fåtal avvikelser berör utebliven kameratillsyn p.g.a. tekniska problem.

För avvikelseområdet medicintekniska produkter är det mycket som blivit kategoriserat fel så ökningen är inte så stor som den kan verka vid första anblick. Avvikelserna som handlar om medicintekniska produkter handlar om hjälpmedel som inte fungerat, inte funnits tillgängliga eller inte använts enligt anvisning. Det har även handlat om undersökningsutrustning som visat felvärden och brist på sårvårdsmaterial.

När en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att avhjälpa skador, symtom och risker. Långsiktiga åtgärder ska också planeras för att minska riskerna att händelsen inträffar igen. Åtgärder som sätts in ska dokumenteras och följas upp. Avvikelser ska tas upp och analyseras på teamträffar och arbetsplatsträffar.

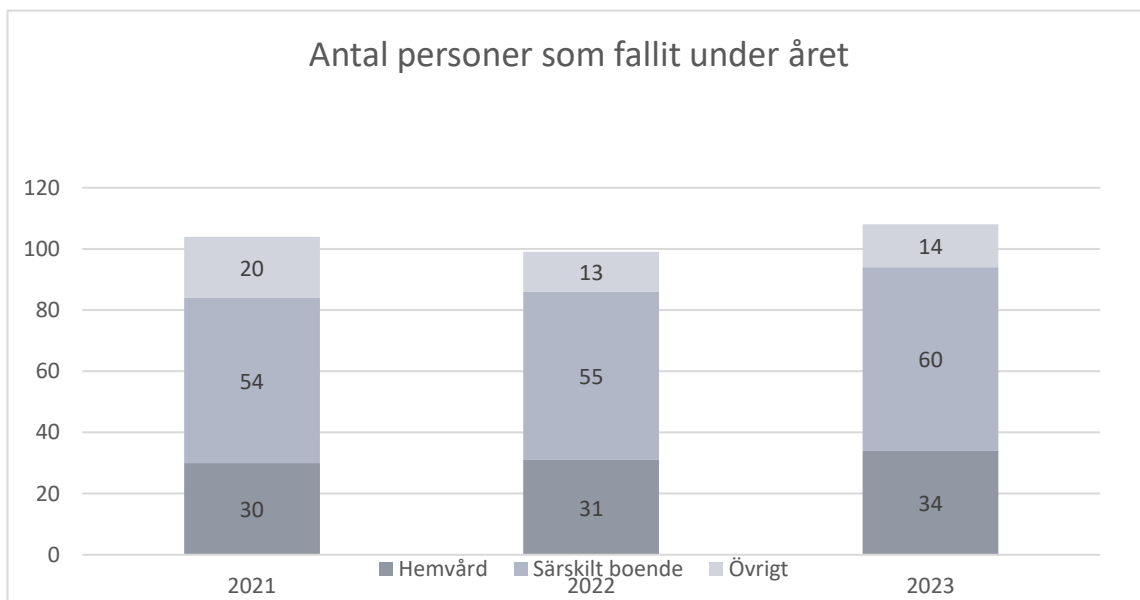
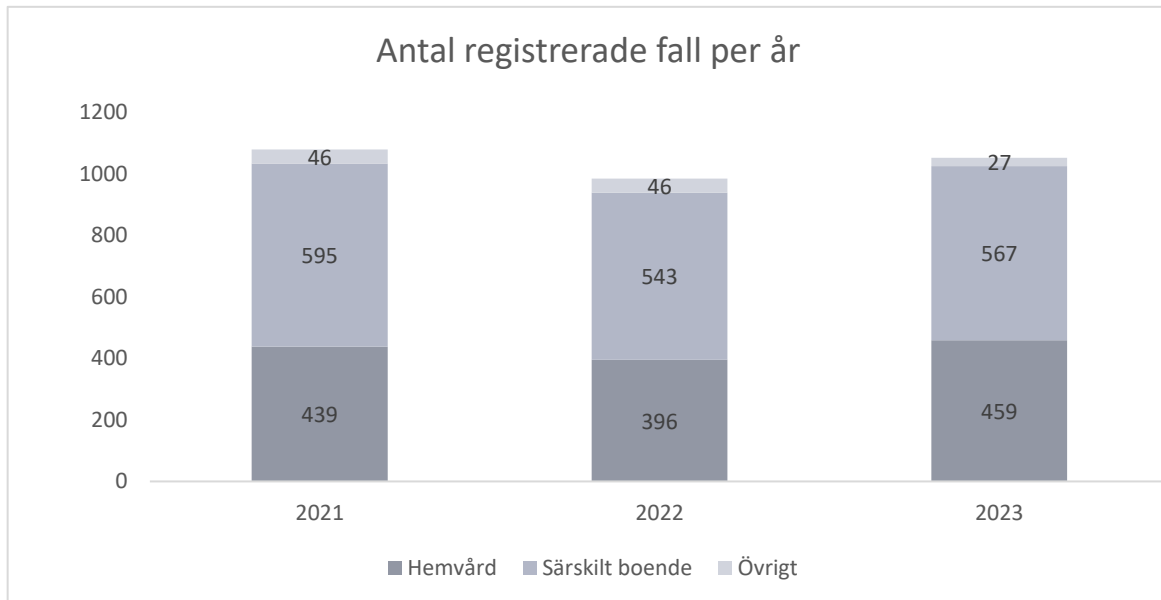
Av de 1765 avvikelser som rapporterats under året är det endast 377 avvikelser som markerats som slutförda i avvikelssystemet, vilket är en marginellt högre andel än förra året trots att det varit ett övergripande mål för 2023 att få till en bättre struktur kring arbetet med avvikelser.

**Åtgärder:** MAS och MAR hade workshops i början av året med fokus på vilka åtgärder som kan sättas in vid vanliga typer av avvikelser. Avvikelseriktlinje och metodstöden reviderades och har tagits upp på legitimerad personals APT:er samt med enhetschefer.

**Förbättringsförslag:** Fortsatt arbete med att förbättra teamsamverkan kring avvikelshantering med målet att adekvata åtgärder sätts in och att fler avvikelser avslutas. Vid allvarliga händelser behöver teamet träffas för att tillsammans utreda händelsen snarast. Händelser som medfört vårdskada ska meddelas till MAS och MAR för vidare utredning. Det krävs mer arbete med att implementera de nya rutinerna kring avvikelshantering.

## Fall:

I Treserva registrerades under året 1053 fallavvikelser. Fall kan resultera i sårskador och frakturer som i sin tur kan resultera i lidande, sjukhusvård och lång rehabilitering. Varje fall kan ge personligt lidande för den drabbade och utöver detta innebär det stora kostnader för både kommun och samhälle i stort. Många personer ramlar flera gånger, de fall som registrerats under året är fördelade på 108 personer.



**Analys:** Antal fall har ökat med knappt 7 procent jämfört med förra året. Fallen var i år nästan lika många som under 2021 som var ett år när fallen var ovanligt frekventa. Av de 1053 fall som rapporterats och analyserats är det 796 som har bedömts ha allvarlighetsnivå mindre och måttlig, och 49 stycken som bedömts som betydande och mycket hög/katastrofal, det innebär vidare att 208 fallavvikelser inte analyserats vilket är en stor brist i verksamheten.

**Åtgärder:** En checklista att använda vid fall har tagits fram som ska kunna utgöra ett stöd i det fallpreventiva arbetet. Workshops hölls om avvikelshantering med fokus på åtgärder som kan sättas in för att ex. förebygga fall. Fallprevention var även i fokus under workshop/utbildning om kvalitetsregistret Senior Alert som hölls under hösten. Under hösten anordnades en eftermiddag om fallprevention tillsammans med vårdcentralen där allmänheten bjöds in där de fick testa sin balans, öva sig på att ta sig upp från golvet och fick träningsprogram och annan viktig information om vad man kan göra själv för att förhindra att falla.

**Förbättringsförslag:** Fortsätta att ha tillfällen där allmänheten bjuds in och får tips och råd kring fallprevention. Organisationen behöver ha ett riskförebyggande arbetssätt och sätta in åtgärder redan innan den enskilde fallit, ett sätt att komma dit är att börja göra fler riskbedömningar i Senior Alert. Implementera checklistan vid fall.

Främja teamsamverkan är mycket viktigt vid fallprevention då åtgärder spänner över många områden, det kan ex. handla om miljöfaktorer, dålig kosthållning, nedsatt fysik och läkemedelsbiverkningar, därför behövs en fallpreventionsrutin som är gemensam med vårdcentralen.

## Journalgranskning

*För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att årligen granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen.*

Under året har MAS och MAR gjort två journalgranskningar av slumpvis utvalda journaler från särskilt boende och hemsjukvården. Journalgranskning genomförs även i samband med utredning av allvarliga avvikelser av MAS och MAR, detta görs kontinuerligt under året. Under året har även en kollegial journalgranskning utförts av legitimerad personal i lärandesyfte.

**Resultat:** Det finns vissa brister i HSL-dokumentationen. Personalen behöver använda samma struktur för sin dokumentation så att det blir lättare att hitta uppgifter i journalen. Något som ofta saknas i journalen är om anhörig vill kontaktas nattetid samt sammanfattande status av den enskildes hälsotillstånd. Det saknas också uppgifter om hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts. I många av journalerna saknas även att information lämnats till den enskilda gällande kvalitetsregister samt samtycke för skydds- och begränsningsåtgärder.

**Analys:** Orsaken till de brister som kan ses i journalföringen tros bland annat bero på:

- Brister vid nyanställdas introduktion
- Hög arbetsbelastning där tid- och resursbrist är bidragande orsak
- Kunskapsbrist i verksamhetssystemet
- Avsaknad av regelbunden utbildning i verksamhetssystemet och om dokumentation

**Förbättringsförslag:** MAS och MAR planerar att ha kompetenshöjande insatser för den legitimerade personalen om dokumentation under 2024. Det behöver även byggas upp en gemensam struktur i sjuksköterskornas dokumentation när det gäller vårdplansnamn.

## Läkemedelshantering

### Läkemedelsgenomgångar

Användning av flera olika läkemedel är inte ovanligt hos äldre. Sådan läkemedelsanvändning innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Omfattande läkemedelsanvändning hos äldre kan kopplas samman med akuta inläggningar på sjukhus och fallincidenter. Läkemedel som förskrivs och tas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Det gäller både läkemedel som tas regelbundet samt dem som tas vid behov. Läkemedelsanvändning ska kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom läkemedlen som förskrivs till den enskilde. Enskilda på särskilt boende och inskrivna i hemsjukvården har rätt till en fördjupad läkemedelsgenomgång minst en gång per år, där det även ingår hembesök samt att personer som är viktiga för den enskilde får möjlighet att delta. Det är oftast omvårdnadsansvarig sjuksköterska som initierar en läkemedelsgenomgång, då det är dags att förnya recept eller dospåsar på förskrivna läkemedel (en gång per år). Anledningen till att fördjupade läkemedelsgenomgångar görs är för att kunna erbjuda god och säker läkemedelsbehandling och minska användandet av olämpliga läkemedel för personer över 75 år.

**Resultat:** Siffror från vårdcentralen visar att det gjordes 152 fördjupade läkemedelsgenomgångar och 89 enkla läkemedelsgenomgångar under 2023. Under 2022 gjordes 128 fördjupade läkemedelsgenomgångar och 94 enkla läkemedelsgenomgångar.

Siffrorna från vårdcentralen visar på hur många läkemedelsgenomgångar som har gjorts på alla enskilda som är 75 år och äldre och som bor på särskilt boende eller är inskrivna i hemsjukvården. Det går inte att särskilja hur många som görs på särskilt boende jämfört med inskrivna i hemsjukvården.

Vid en enkel läkemedelsgenomgång kontrollerar läkaren endast om läkemedelslistan är korrekt och om läkemedelsrelaterade problem kan lösas direkt eller om det kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång, där även hembesök ingår.

**Analys:** Siffrorna från 2023 visar att det har gjorts fler fördjupade läkemedelsgenomgångar än 2022 och att fördjupade läkemedelsgenomgångar prioriteras mer än enkla läkemedelsgenomgångar.

**Förbättringsförslag:** Det pågår ett länsgemensamt arbete med revidering av riktlinjen gällande läkemedelsgenomgångar som kommer att mynna ut i att kommunerna ska se över sina lokala rutiner som finns framtagen i samverkan med vårdcentralerna. Tills rutinen är reviderad så bör den befintliga rutinen följas.

## Olämpliga läkemedel

Siffror från vårdcentralen för 2023 gällande olämpliga läkemedel för de som är 75 år och äldre i Degerfors kommun visar 10,4% och i Örebro län var det 10,3%. Dessa siffror är för alla i hela kommunen, det går inte att särskilja på dem som tillhör hemsjukvården och/eller bor på särskilt boende.

2022 visade det 11,6% och 2021 visade det 12 % i Degerfors och i riket har det legat kring 14 %.

**Analys:** Jämfört med tidigare siffror från vårdcentralen och med riket så har användandet minskat i Degerfors kommun. Andelen med olämpliga läkemedel jämfört med Örebro län så är den ungefär lika stor.

**Åtgärder:** Att årligen erbjuda fördjupade läkemedelsgenomgångar för enskilda på särskilt boende och i hemsjukvården. Det är omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för att initiera när det är dags och göra en läkemedelsgenomgång.

**Förbättringsförslag:** Den lokala rutinen för läkemedelsgenomgångar ska tillsammans med vårdcentralen revideras efter att länsövergripande riktlinjen är klar, tills dess ska nuvarande rutin följas av ansvariga sjuksköterskor och läkare.

## Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd

*(HSLF-FS 2017:37 I 11 kap)*

År 2022 tecknades avtal med en extern aktör (ApoEx) för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunen. Detta görs en gång per år tillsammans med MAS. Våren 2022 gjordes första granskningen som var övergripande för hela kedjan gällande läkemedelshantering från ordination till kassation inom särskilt boende och på korttidsenheten, där olika professioner deltog. 2023 gjordes samma granskning inom LSS och hemsjukvården. ApoEx anmärker på att det saknas säker förvaring av läkemedel hemma hos enskilda. När kommunen tar över ansvaret för läkemedlen ingår ansvar för att de även förvaras på ett säkert sätt. Det finns behov av läkemedelsskåp med loggningsbara lås för att kunna spåra eventuella svinn.

2023 togs enhetsrutiner fram för varje enhet/verksamhet där läkemedelshantering beskrivs i minsta detalj utifrån den övergripande läkemedelsrutinen som också reviderades, detta i syfte att säkra upp läkemedelshantering i kommunen på alla nivåer. Delegeringsrutinen reviderades också under 2023 och checklista för delegerad omvårdnadspersonal togs fram tillsammans med sjuksköterskegruppen. Detta för att säkerställa att omvårdnadspersonal får tydlig introduktion gällande läkemedelshantering men även för att underlätta för legitimerad personal vid undervisning och delegering av arbetsuppgifter. Dessa rutiner ska implementeras i verksamheterna under 2024 och är ett fortlöpande arbete. Rutinerna ska uppdateras och följas upp årligen.

## Hjälpmedelshantering

Förskrivning av medicintekniska produkter (MTP) är en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Omvårdnadshjälpmedel förskrivs av kommunens arbetsterapeuter som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas. Medicintekniska

produkter som används i verksamheten och som kommunen är ansvarig för är bland annat personlyftar, vårdsängar, och överförflyttningsplattformar. Dessa ska användas och hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av instruerad/utbildad personal. Förutom den instruktion som arbetsterapeut är ansvarig för så är det enhetschefens ansvar att se till att all personal, inklusive nyanställd personal får den utbildning som behövs för att hantera de hjälpmedel som finns på enheten.

## Besiktning av omvårdnadshjälpmedel

Förebyggande underhåll, rekonditionering, utrangering, service och besiktningar innebär patient- och driftsäkerhet samt kostnadseffektivitet. Detta görs av kommunens hjälpmedelstekniker som finns på 70 %. Under några år har personal från kommunens arbetsmarknadsenhet funnits som stöd vid rengöring av hjälpmedel, under 2023 har det periodvis inte funnits möjlighet att få det stödet vilket inneburit en ökad arbetsbelastning för hjälpmedelsteknikern vilket påverkat möjligheten att hinna med besiktningar.

Personlyftar ska besiktas en gång per år. Under 2023 blev 31 av kommunens 87 personlyftar besiktade, det motsvarar drygt en tredjedel av lyftarna. Det finns ingen exakt siffra att få fram i hjälpmedelsmodulen vad gäller antal vårdsängar, men de är omkring 200 stycken och ska besiktas vartannat år, under 2023 besiktades 15 stycken.

Förutom ovanstående periodiska besiktningar ansvarar teknikern för att rengöra hjälpmedel, beställa hjälpmedel, kontrollera funktionen hos rengjorda hjälpmedlen samt att leverera och hämta hjälpmedel hos de enskilda.

Periodisk besiktning av lyftselar ska ske var 6:e månad och dokumenteras enligt anvisningar. Detta görs av förskrivande arbetsterapeut enligt rutin.

**Analys:** Degerfors kommun genomför inte fullt ut de besiktningar och kontroller som krävs enligt de direktiv som finns. För att säkerställa att de medicintekniska produkter vi erbjuder de enskilda är av god kvalitet behöver besiktningar och kontroller utföras regelbundet.

**Förbättringsförslag:** Besiktningar och kontroller av omvårdnadshjälpmedel behöver utföras med de intervall som är fastställda. Det finns behov av att göra en översyn av kompetens, personalresurser och tekniska förutsättningar för att säkra hanteringen av omvårdnadshjälpmedel.

## 10. Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskbedömningar ska göras i verksamheten för att bedöma förändringar och arbetssätt och dess konsekvens. Syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har förvaltningschefen. Rutin för riskanalyser (riskbedömning) finns på det gemensamma intranätet.

Riskanalyser ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarigare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

Att göra riskanalyser samt ta fram handlingsplaner är något som verksamheterna behöver bli bättre på för att förebygga och minska risker.

## 11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig till att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rapportering av avvikelser gör personalen direkt i journalsystemet Treserva.

Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet.

Avvikelseanalysen ska ske i teamet och uppföljningen av avvikelser ska göras på teamträffar, APT och på chefernas ledningsmöten.

Allvarligare händelser ska rapporteras till medicinskt ansvariga för vidare utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

### Lex Maria

*HSLF-FS 2017:41*

Föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

MAS och MAR utreder allvarliga händelser och beslutar om det ska anmälas till IVO, Inspektionen för vård- och omsorg som Lex Maria.

### Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot direkt i verksamheten av personal, chefer och ibland genom telefonsamtal till MAS och MAR. Det kan också komma in via kommunens hemsida och skickas till förvaltningschef eller MAS som därefter skickar vidare till berörd enhetschef.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som lämnat in klagomålet om denne inte är anonym.

Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

### Synpunkter och klagomål, patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Ansvarig chef, MAS eller MAR kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarligare händelser inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.



## 12. Sammanställning och analys av rapporter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. All personal har ansvar för att ta emot synpunkter och klagomål och förmedla kontakt med ansvarig för aktuell verksamhet. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas.

Under 2023:

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort färdigt sin granskning av särskilda boenden som initierades mot bakgrund av smittspridningen av Covid-19 och har utförts på alla särskilda boenden i Sverige. En rapport mottogs med påtalade brister inom följande områden:

*Individuell bedömning och kompetens nivå* – personal som utför medicinska bedömningar saknar tillräcklig kompetens för uppgiften. Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.

*Dokumentation och personalkontinuitet* – dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk.

*Läkemedelshantering* – läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt.

*Vård i livets slutskede* – vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

En del av de brister som påtalades var sådant som verksamheterna själva var medvetna om och redan hade vidtagit åtgärder kring, en handlingsplan upprättades också för sådant som inte gjorts. De åtgärder som vidtagits under året beskrivs i avsnittet nedan.

- Två Lex Maria utredningar har gjorts under året, den ena handlade om en dosettförväxling som fick allvarliga konsekvenser och den andra om ett suicidförsök. En internutredning gjordes angående ett fall som fick en allvarlig konsekvens.
- Under året inkom tio stycken synpunkter/beröm/klagomål. Flera klagomål handlade om bristande planering. En synpunkt handlade om att vården bör vara teambaserad och anhöriga ska göras delaktiga och att det fanns brister i genomförandeplaner. Ett klagomål handlade om att vikarier saknade kännedom om dem enskilda vilket påverkade patientsäkerheten. Ett annat klagomål berörde handläggning av beslut om insatser vid palliativ vård.
- Utredningar/avvikelser mellan kommunen och regionen under året har handlat om brister i vårdkedjan och läkemedel.

## 13. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

*PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Åtgärder som vidtagits utifrån den handlingsplan som gjordes efter IVO's granskning: En kompetensplan har tagits fram, lyftutbildningar har anordnats, genomlysning av rondtider har skett, kollegial journalgranskning har utförts, extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts, revidering och framtagande av läkemedelsrutiner, språkombud har utbildats och sommarenkäten uppdaterades med frågor om språkkunskaper. Flera åtgärder i handlingsplanen är inplanerade under 2024 ex. utbildning i dokumentation och palliativ vård.

Ett nationellt vaccinationsprogram är framtaget och vaccinationer mot covid-19 och influensa kommer att ske löpande i hemsjukvård och i särskilda boenden. Det är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

Processledaren för nära vård har tillsammans med enhetscheferna tagit fram en handlingsplan vid förändrade behov i ordinärt boende. Syftet med handlingsplanen är att förebygga akuta insatser i form av korttidsvård, inläggning på sjukhus och akuta hemtjänstsinsatser genom att teamet kopplas in i ett tidigt skede. Denna handlingsplan behöver implementeras under 2024.

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse upprättades fem övergripande målområden. I maj 2023 framtog en handlingsplan för verksamheten för att bryta ned målen till avgränsade aktiviteter som skulle göras under året.

Resultatet är att endast ett fåtal aktiviteter genomförts i sin helhet men mycket har påbörjats och pågår ännu. Nedan följer en redovisning över vad som gjorts och vad som är på gång inom varje målområde.

### **Höja kompetensen**

Under året har MAS och MAR arbetat med att ta fram en kompetensplan för äldreomsorgen. Det har sökts pengar från omställningsfonden för att kunna bekosta utbildningsplatser till förflyttnings- och HLR-instruktörer som ett steg mot att kunna anordna fler interna utbildningar löpande. HLR-instruktörer ska utbildas i januari 2024 och förflyttningsinstruktörer blir färdiga i februari 2024.

Under hösten 2023 anordnade arbetsterapeuterna lyftutbildningar för omvårdnadspersonalen, 67 personer har gått, det har funnits 96 platser. Sjuksköterskorna anordnade två utbildningstillfällen för personal i hemtjänsten i december om benledning och försämrat hälsotillstånd där endast fyra personer dök upp (totalt). På HSL-enheten har det pratats mycket om vikten av att handleda personal i det dagliga arbetet som ett sätt att höja kompetensen, det ser lite olika ut hur mycket de olika sjuksköterskorna och arbetsterapeuterna gör detta.

En sjuksköterska i hemsjukvården har gått nutritionsutbildning och får därmed förskriva näringsdrycker. Några sjuksköterskor på särskilt boende har påbörjat utbildningen men är ännu inte klara med den. Fem av korttidsenhetens undersköterskor och dess ansvariga sjuksköterska har gått utbildningen Första hjälpen till psykisk hälsa äldre. BPSD-administratörer har utbildats. Hygienombud från några enheter har gått digital utbildning som anordnats av vårdhygien. Några medarbetare

har deltagit på informationsträffar som anordnats av vårdcentralens labbpersonal. Språkombud har utbildats. Aktivitetsombudsträffar, kostombudsträffar och välfärdstekniksombudsträffar har anordnats. Arbetsplatsombud har utbildats via facket och fokusgrupper med tema hållbar arbetsmiljö á 13 tillfällen har hållits på särskilda boenden.

Det blir tydligt när det ska redovisas vad som anordnats under ett år att det är svårt att fånga exakt hur många som fått gå utbildningar. Det behöver tas fram ett register över vilka utbildningar som genomgåts för att få en bättre kontroll över verksamheten. Positivt är att det är stor skillnad mot förra året då det var ytterst få kompetenshöjande insatser som genomfördes.

### **Kvalitetsregister**

Senior Alert rutinen sågs över i en tvärprofessionell arbetsgrupp i början av året, den nya rutinens fokus skulle vara att hitta relevanta åtgärder till de risker som konstaterades snarare än vikten av att kryssa i rätt rutor i systemet. Detta för att göra det mer angeläget för personalen att använda registret och att det verkligen skulle ses som ett arbetsverktyg. Det syns en ökning av antalet riskbedömningar vilket är positivt men mycket beror på stort engagemang från ett fåtal medarbetare. Det är fortsatt få som gått grundutbildningen om Senior alert, det är synd inte enbart för att det ger en förståelse för kvalitetsregistret utan främst för hur den på ett grundläggande sätt förklarar hur fall, trycksår och undernäring kan förebyggas med enkla omvårdnadsåtgärder. Det pågår ett arbete på särskilda boenden med att schemalägga tid för att all personal ska genomgå utbildningen.

Ombud för både Senior Alert och BPSD har utsetts på alla enheter och vårdlag, tid avsätts i schemat enligt enhetschefer. Teamarbetet runt bakomliggande orsaker och vid framtagande av åtgärds- och bemötandeplaner upplevs fortsatt som bristande från vissa professioner. Implementering av teamträffsrutinen behöver göras under 2024. Att använda statistik från kvalitetsregister i förbättringsarbetet är ovanligt.

Vad gäller palliativa registret är det fortsatt få registreringar som görs i hemsjukvården. Det finns behov av att lyfta resultat ur registret på APT:er och teamträffar för att förbättra den palliativa vård som ges.

### **Avvikelsehantering**

För att öka kvaliteten på avvikelsehanteringen höll MAS och MAR i workshops i början av året med olika fiktiva ärenden där deltagarna fick föreslå åtgärder till vanliga typer av avvikelser. Därefter reviderades riktlinjen och metodstöden. Trots ansträngningar för att försöka få till en bättre struktur kring avvikelsehanteringen har det inte skett så stora framsteg vad gäller slutförda analyser, det som kan ses är dock att fler tar del av avvikelserna. Under 2024 behövs ett fortsatt arbete med att implementera teamträffsrutinen för att avvikelser ska få en naturlig plats på dagordningen vid de möten då teamen är samlade.

## **Fallprevention**

Någon webbutbildning har inte genomgåts av personal men fallprevention är en del av grundutbildningen i Senior alert och har även tagits upp på workshops om avvikelshantering. Riktlinje eller rutin har inte tagits fram då det behöver ske tillsammans med vårdcentralen, det har saknats representation från chefsled i samverkansgruppen så beslut har inte kunnat fattas. Det som har genomförts är att det har hållits en eftermiddag för allmänheten om fallprevention tillsammans med fysioterapeut och rehabundersköterska från vårdcentralen. En checklista är framtagen att gå igenom efter fallhändelser men den har inte implementerats i verksamheterna.

## **Samordnad individuell planering, SIP**

Antalet SIP:ar har ökat under året, mycket tack vare att vårdsamordnare anställts på vårdcentralen. Det finns utrymme för att öka antalet ytterligare, det går även att använda sig av SIP när det enbart är kommunens personal som gör en planering för den enskilde. Fördelen med att använda sig av SIP-verktyget är att dokumentationen blir tillgänglig för den enskilde i 1177 och det blir en utförlig dokumentation som tydliggör vilka mål den enskilde har.

# 14. Övergripande mål för 2024

## **Höja kompetensen**

Implementera kompetensutvecklingsplanen och öka kontrollen av genomgångna utbildningar genom att upprätta ett register över utförda utbildningsinsatser.

## **Förbättra teamarbetet**

Öka teamarbetet genom implementering av teamträffsrutinen. På så vis bör även avvikelshantering förbättras, antalet registreringar i kvalitetsregister öka samt fallpreventionsarbetet förbättras. Implementeringen av handlingsplanen vid förändrade behov kräver också teamarbete.

## **Höja kvaliteten på HSL-dokumentationen**

Anordna någon form av utbildningsinsats kring dokumentation för HSL-personal. Skapa en struktur i sjuksköterskedokumentationen för vårdplansnamn för att skapa en mer enhetlig och överskådlig dokumentation.

## **Förbättra den palliativa vården**

Följsamheten till den rutin som finns om palliativ vård behöver öka. Statistik från palliativa registret behöver sammanställas på enhetsnivå och användas i förbättringsarbetet