



**Storumans
kommun**
LUSPIE

Patientsäkerhetsberättelse

för Storumans kommun

År 2023



Datum: 2024-02-28

Ansvarig för innehållet:

Helena Steen Socialchef

Ann-Charlotte Reisek Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: ON/2024:19

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 ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	6
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu	23
Riskhantering	23
Stärka analys, lärande och utveckling	23
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

Inom kommunen finns sju särskilda boenden, två av dessa är demensboenden, två är LSS-boenden tre enheter har korttidsplatser. I hemsjukvården är ca. 80 personer inskrivna av olika anledningar, hjälp med läkemedelshantering är den enskilt största orsaken till inskrivning.

Viktiga åtgärder under 2023 för att öka patientsäkerheten har varit:

- Det nya verksamhetssystemet Lifecare (patientjournal) som togs i drift i slutet av 2022 har krävt en del arbete för att få en enhetlig dokumentation, en dokumentationsgrupp har jobbat med detta. Journalgranskning har gjorts utifrån riskmarkörer och specifikt på dokumentation kring palliativa vården.
- Att använda nationella kvalitetsregistret Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret för ett förbyggande, strukturerat arbetssätt, göra utvärdering och se förbättringsmöjligheter genom egna resultat.
- Att rapportera avvikelser är en naturlig del för att hitta risker och förbättringsmöjligheter i verksamheterna både internt och externt.
- Vid kvalitetsråd, MAS-infoträffar, arbetsplatsträffar, teams-och husmöten lyfta och arbeta med risker/förbättringsmöjligheter.

Ett förbättringsarbete inom palliativ vård har pågått under två år. Målen har inte helt nåtts, det finns både förbättrat och försämrat resultat utifrån Socialstyrelsens indikationer på god vård i livets slut. En viktig del har varit att i ett tidigare skede identifieras palliativ vårdbehov, för att på så sätt skapa trygghet i personalgruppen samt för patient och närstående.

Samverkan med Region Västerbotten både lokalt och regionalt har fortsatt och fortsätter för att tillsammans hantera och klara omställning till en personcentrerad och Nära Vård.

Områden som framöver behöver förbättras är analyser av resultat, struktur för uppföljning och effekter av vidtagna åtgärder.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

- Utarbeta handlingsplan för stärkt patientsäkerhet utifrån Socialstyrelsens Agera för säker vård
- Arbeta med att utveckla kvaliteten för palliativ vård utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- Arbeta målmedvetet med läkemedelsgenomgångar för förbättrad läkemedelsanvändning i samverkan med Regionen
- **Kvalitetsråd** på enheterna, för att på ett systematiskt sätt använda resultaten från nationella kvalitetsregister, intern statistik och avvikelser till förbättringsarbeten
- **Egenkontroller** följsamhet till basalhygien och klädregler för alla personal samt mätning av nattfasta på särskilda boenden
- **Informationssäkerhet** genom loggkontroller och journalgranskning
- **Utveckla samverkan** med andra vårdgivare, patienter och närstående

Organisation och ansvar

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

Omsorgsnämndens ansvar

Vårdgivaren; Omsorgsnämnden, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på att god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) upprätthålls.

Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ett känt riskområde är vårdövergångar mellan vårdgivare och inom samma vårdgivare men mellan enheter. Inom länet finns länsövergripande överenskommelser/avtal för att minska risker kring detta.

- Länsövergripande ramavtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso-och sjukvård i Västerbotten
- Lokalt samverkansavtal kring läkarmedverkan med hälsocentralen i Storuman/Tärnaby är under revidering 2023/2024, uppföljning och revidering görs årligen
- Regionala regelverk för samverkan vid utskrivning från slutenvården
- Regionala överenskommelser inom specifika områden till exempel demens, diabetes och egenvård
- Avtal om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, Folktandvården Region Västerbotten
- På lokal nivå träffas representanter för vårdgivarna ett flertal gånger/år för att stämna av och följa upp avtal och överenskommelser.
- Regelbundet återkommande digitala samverkansträffar med Vårdhygien/Smittskydd
- Samverkan och arbete kring omställning Nära Vård finns både på regional- och lokalnivå

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

1. Under året har två loggkontroll med slumpmässigt urval gjorts. Ingen riktad loggkontroll på ex. släktrrelation eller på misstanke om obehörig åtkomst.

2. Översyn av behörigheter och säkerhetsinstruktioner har gjort under året och ett fördjupat arbete kring behörighetsstyrning har påbörjats
3. Rutin finns för eventuellt driftstopp av verksamhetssystemet Procapita/Lifecare. Vilka dokument som måste finnas i pappersform och vad/hur dokumentation och informationsöverföring ska ske vid driftstopp.
4. Två journalgranskningar har gjorts under året

En god säkerhetskultur

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



Säkerhetskultur är något som vi skapar tillsammans i vardagen. En ömsesidig samverkan är därför mycket viktig. Även i mötet med individen kan risker för vårdskador uppmärksammas och undvikas.

- Vi jobbar för ett öppet arbetsklimat, att personal ska uppmärksamma och rapportera och ställa frågor om säkerhet.
- Arbetar aktivt för att minimera risker genom riskbedömningar både på individnivå och på organisatorisk nivå
- Att verksamheterna lär av negativa händelser som inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser.
- Avvikelser utreds och förmedlas inom enheterna, kvalitetsråd finns på de flesta enheter där risker, analys och handlingsplaner för förbättringar hanteras.

Exempel på situationer som ger möjlighet att uppmärksamma och förebygga risker är vid inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning till särskilt boende, vid individuell planering, teamkonferenser och samordningsmöten med regionens primärvård.

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, detta en av de större utmaningarna för verksamheterna nu och troligen framöver.



Kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer är viktig och det finns många webbaserade utbildningar att tillgå bl. a på Socialstyrelsen och Kunskapsguiden.

Interna utbildningar utifrån identifierade förbättringsområden t.ex. i palliativ vård har genomförts Internutbildning av dokumentation i Lifecare sker regelbundet samt vid behov

Vårdhygien har genomfört sex ”vårdhygieniska forum” för sjuksköterskor samt nätverksträffar för chefer

Det finns krav i lagar och föreskrifter på ett systematiskt arbetssätt när det gäller arbetsmiljö, kvalité och patientsäkerhet. Arbetsmiljön har betydelse för hur medarbetare kan utföra sitt arbete och påverkar därigenom patientsäkerheten. Utbildning av chefer och skyddsombud/arbetsplatsombud kring systematiskt arbetsmiljöarbete genomförs årligen.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §.

Vid inflyttning till särskilt boende genomförs planering tillsammans med kontaktperson och leg. personal främst sjuksköterska samt vid behov inflyttningssamtal tillsammans med läkare. Det kan variera något vilka som deltar men någon typ av inflyttningssamtal och planering sker på alla enheter.

Vid planering av hemsjukvård/hemtjänst görs vid behov en samordnad individuell planering (SIP) dessa sker ofta i hemmet. Vid inskrivning i hemsjukvård görs även inskrivningssamtal tillsammans med läkare, hemsjukvårdssköterska och patienten, även detta ofta i hemmet. Klagomål och synpunkter från närstående och patienter tas till vara och medverkar till att brist/riskområden identifieras och förbättras

Dialog med pensionärsföreningar och andra patientföreningar förs vid behov eller vid efterfrågan.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Öppna jämförelser

Information kring resultat används till viss del för utvärdering och planering av förbättringsområden på övergripande nivå

Nationella kvalitetsregister

Senior Alert används för att på ett strukturerat sätt jobba förebyggande med fall, nutrition, trycksador samt munhälsa på individnivå. Rutin finns för hur arbetet med Senior Alert ska genomföras men följsamheten varierar på enhetsnivå.

BPSD- registret används i ganska liten grad

Palliativa registret samtliga dödsfall som sker inom den kommunal hälso- och sjukvården registreras. Resultat visas på teammöten hållna av specialistsjuksköterska i palliativ vård, i kvalitetsråden och på MAS-infoträffar

Egenkontroller

Nattfastemätning genomförs 2 ggr/år, under sju dygn ska personalen fylla i tid för sista kvällsmål, tid för eventuellt nattmål, tid för första morgonmål samt vad dessa måltider bestod av.

Självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler genomförs v.21 och v.42, alla som arbetar med patientnära arbete under dessa veckor ska delta.

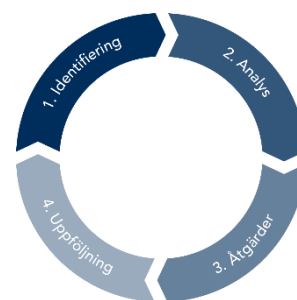
Kvalitetsmätning vecka 46, enkät som besvaras av legitimerad personal och sammanställs av MAS

Svenska HALT deltagande i den nationella och vissa år europeiska mätningen av vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer och antibiotikaanvändning.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1ggr/kvartal	Månadsvis infektionsregistrering
Basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Självskattning
”Hygienronder” på Särskilt boende	1 gång/fjärde år	Protokoll från vårdhygien
Vårdhygienisk egenkontroll/uppföljning	1 ggr/år	Checklista och vägledning från Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH)
Nattfasta	2 ggr/år	Mätning 7 dygn

Avvikelser	1 ggr/månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 ggr/ år	Avvikelsehanteringssystemet PPM-v. 46, Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	1 ggr/år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Nattfasta

Mål: att minska nattfastan, den bör inte vara längre än 11 timmar

Nattfastan mäts 2ggr/år, vår och höst, under 7 dygn dokumenterar personalen sista kvällsmål, ev. nattmål och första målet för dagen, tidpunkt och vad personen ätit registreras på blankett som sammanställs av sjuksköterskor och lämnas till Mas för sammanställning på enhets- och kommunnivå. Resultatet återkopplas till enheten.



Analys av resultat: Mättet i tabellen är en genomsnittlig nattfasta på enheterna, resultatet är en fingervisning om hur det ser ut just dessa veckor, men både hur noggrant man fyller i blanketten och vilka vårdtagare som finns just dessa veckor kan få betydelse för resultatet. En enhet i kommunen har under de registrerade veckorna <11 timmars nattfasta i genomsnitt men även här finns personer med längre nattfasta. På individnivå kan det variera mycket och sjuksköterskorna är ansvariga för att planera åtgärder om behov finns av det. Enheterna får sitt resultat och måste jobba vidare med åtgärder.

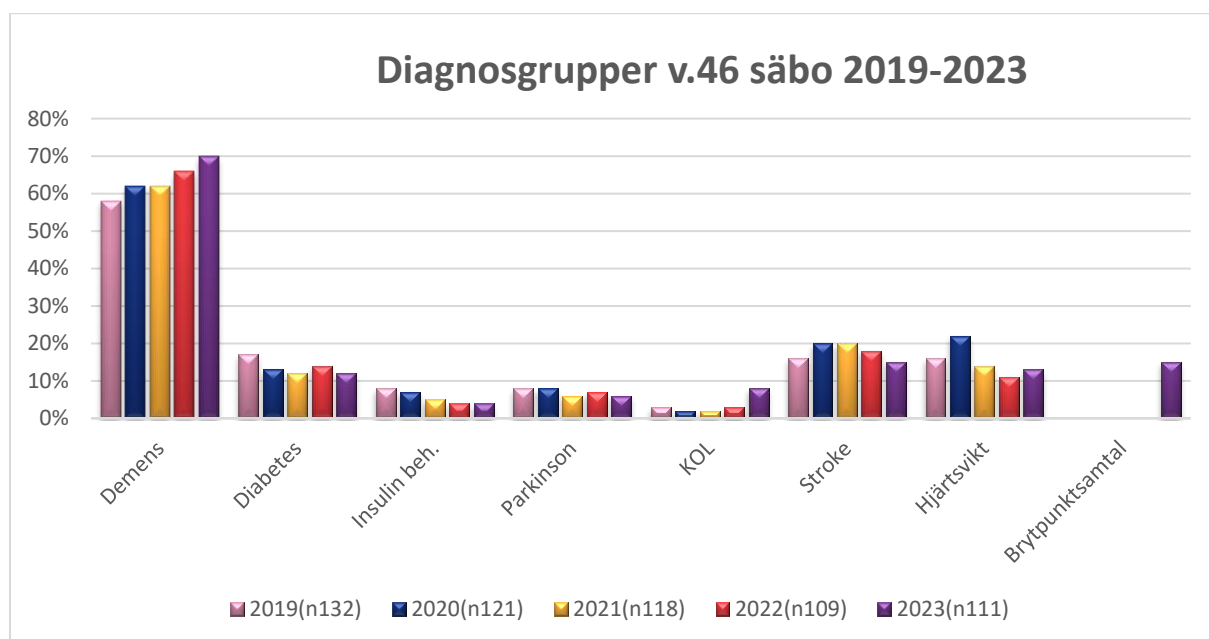
Åtgärd: Fortsatt arbete och handlingsplan på de enheter som har lång genomsnittlig nattfasta.

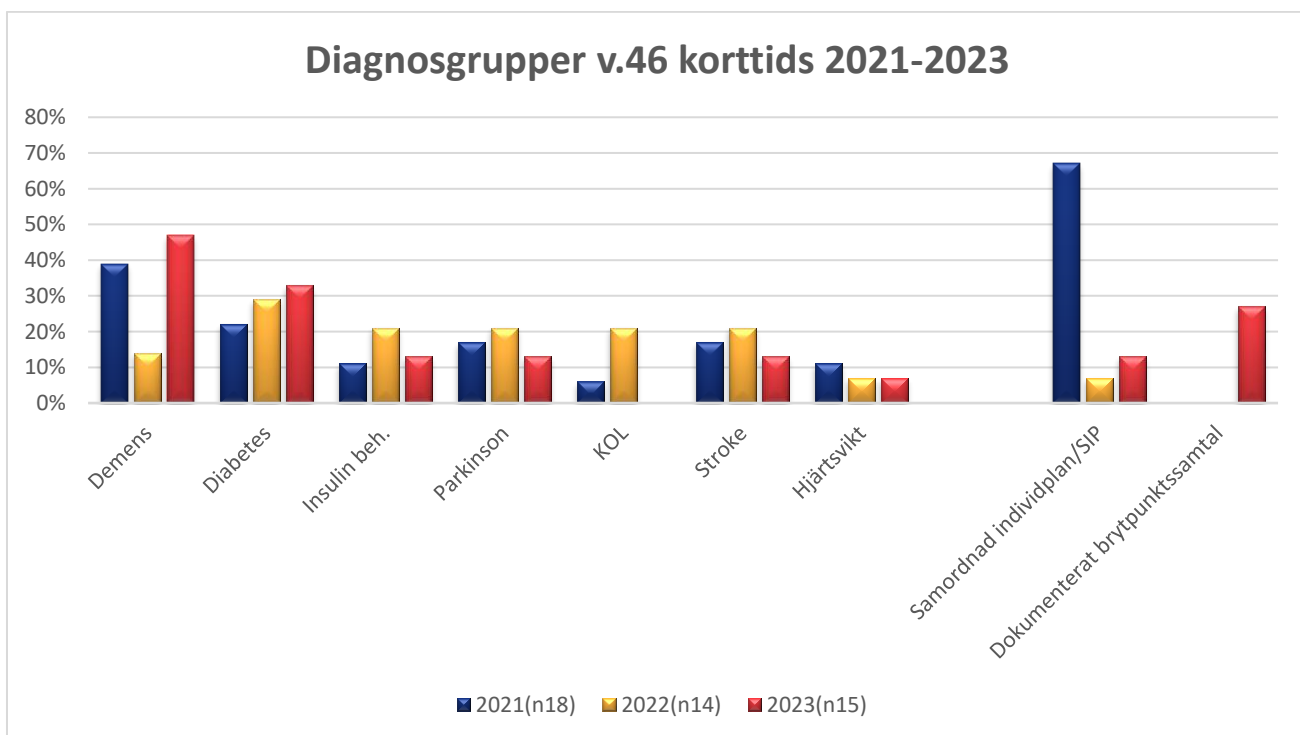
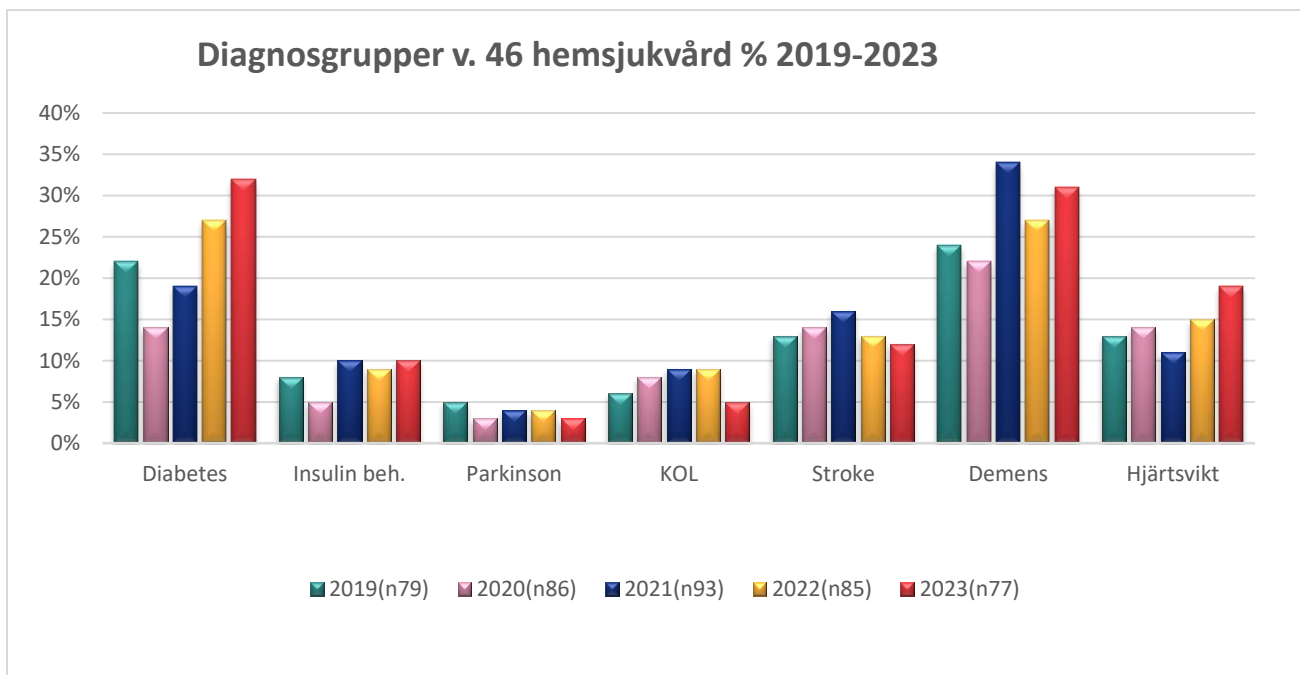
Uppföljning av åtgärd: Nattfastan följs upp i kvalitetsråd på de enheter där dessa finns eller på teamträffar och arbetsplatsträffar, ansvarig är enhetschef. På individnivå är sjuksköterskan ansvarig.

Kvalitetsenkät v. 46:

Kvalitetsenkäten är en gemensam enkät för Västerbottens åtta inlands kommuner och har genomförts under många år, det är en återkommande punktprevalensmätning v.46. Detta för att bl.a. hitta möjligheter att hjälpas åt kring förbättringar och ev. utbildningsinsatser men även för att identifiera gemensamma risk- eller problemområden. Enkäten besvaras av sjuksköterskor inom särskilt boende (säbo), hemsjukvård, korttids samt LSS-boende. Det är ett flertal parametrar kring läkemedel och läkemedelshantering, sjukdomsgrupper och olika riskområden. Tidigare år har även arbetsterapeuter och fysioterapeuter besvarat en enkät, men 2023 avstods från den då enkäten inte var tillräckligt bra utformad.

Diagnosgrupper: att ha kunskap om vilka individer som finns inom våra verksamheter vilka diagnoser de har och utifrån detta bättre kunna förutse både vårdtyngd och ev. utbildningsbehov. I diagrammet för säbo är inte individer på LSS-boende medräknade även om den gruppen kan ha dessa sjukdomar, finns där oftast andra typer av diagnoser och problem.





Analys av resultat: Det man tydligt kan se är att antalet personer med demensdiagnoser inom säbo ökar år från år, det kan bero på att det nu diagnostiseras oftare än tidigare men oavsett så är denna grupp den absolut största och har så varit under flera år. Även inom hemsjukvård och på korttids dominerar kognitiva sjukdomar. Därför är det viktigt att satsa på kompetensutveckling kring dessa sjukdomar så de problem och behov som ofta uppstår kan hanteras på ett patientsäkert sätt på samtliga enheter.

Åtgärder: Webbutbildning Demens ABC och Demens ABC+ (Demenscentrum) finns att tillgå för samtliga yrkeskategorier.

Uppföljning av åtgärder: Det finns sedan tidtagare ett beslut att alla ska göra Demens ABC och Demens ABC+, detta har inte följts upp regelbundet, så om alla gått dessa utbildningar är oklart.

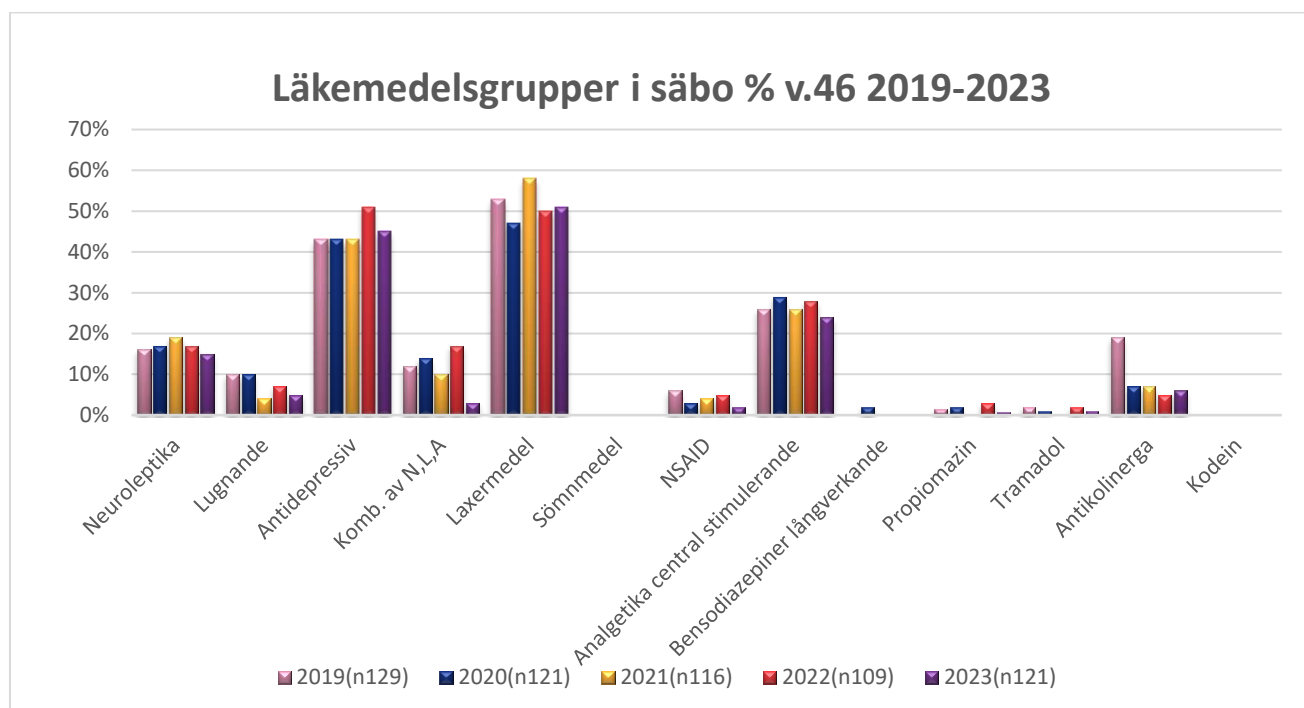
Läkemedel: Att ha en samlad bild över hur läkemedelsanvändningen ser ut i kommunen både de vanligast förekommande läkemedelsgrupperna och antal läkemedel på individnivå är viktigt för att fånga upp eventuella problem t.ex. en ökad användning av specifika läkemedel. Vad kan det stå för, är det trender som slår igenom eller är det något annat som vi kan åtgärda med andra åtgärder än läkemedel. Det är läkare som ordinerar alla läkemedel men sjuksköterskornas och även omsorgspersonalens bedömningar har betydelse för läkarnas ställningstaganden och ordinationer. Socialstyrelsen¹ redovisar vilka läkemedel som anses olämpliga för äldre beroende på vanliga biverkningar, så ett urval av dessa redovisas.

Vid polyfarmaci (många läkemedel) kan risken öka för interaktioner och biverkningar, och äldre är känsligare för detta. Det är också de som ofta har flera olika sjukdomar som de behandlas för och därav många läkemedel.

Målet: Bidra till Västerbottens läkemedelsmål², fortsätta minska olämpliga läkemedel för personer 75år och äldre, minska användning av läkemedel mot psykoser (neuroleptika) och det ska finnas en aktuell indikation när äldre behandlas med dessa preparat samt minska användning av NSAID

Följsamhet till regionala rutiner för generella behandlingsanvisningar, läkemedelshantering för DOS patienter och läkemedelsgenomgångar

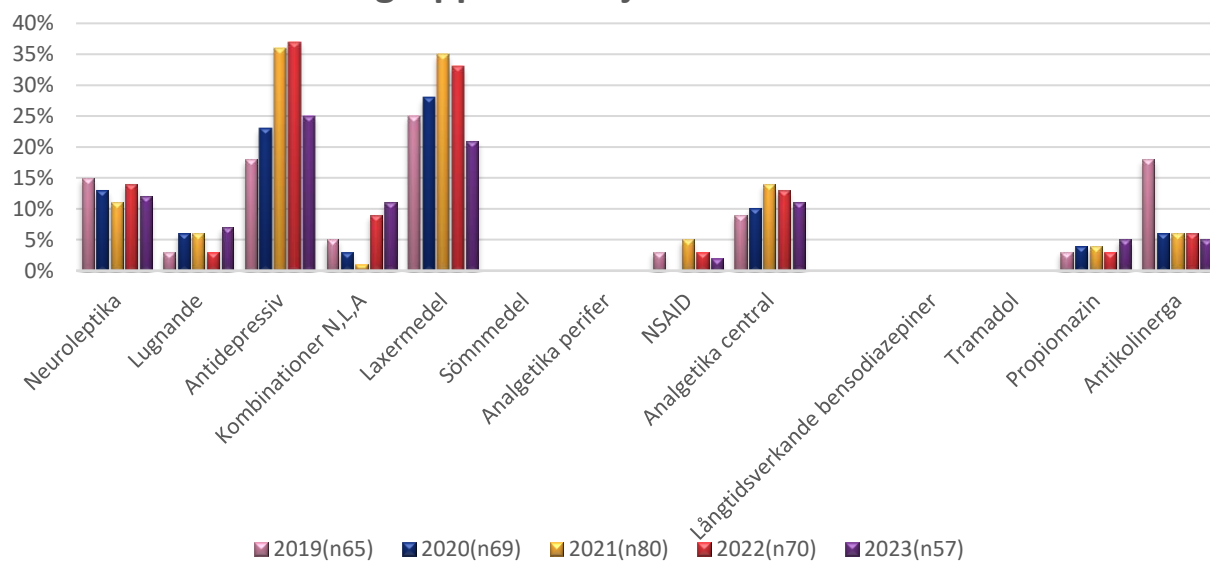
Säkra lokala riktlinjer och arbetssätt för hantering och delegering av läkemedel



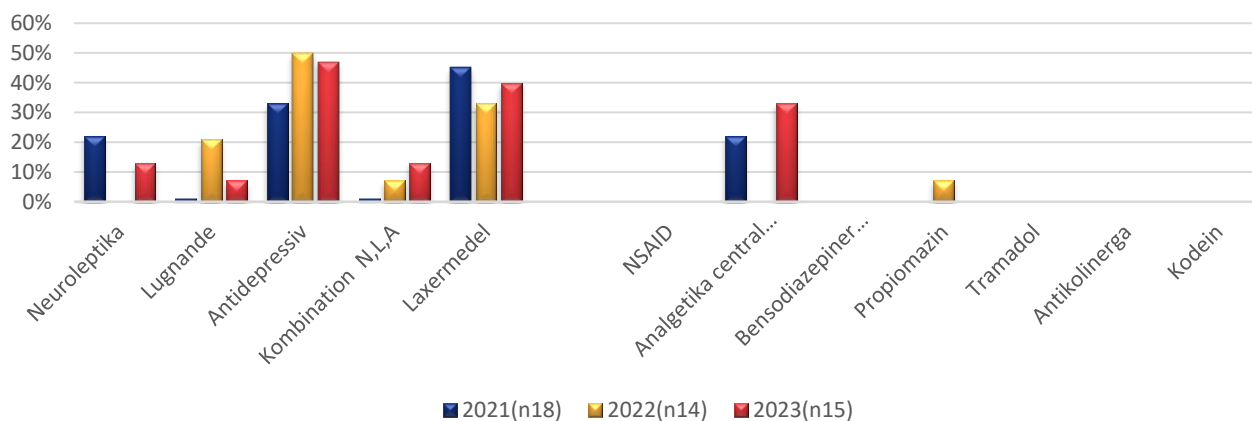
¹ Socialstyrelsen, Läkemedel som bör undvikas till äldre

² Region Västerbotten, Läkemedelsmål i Västerbotten 2023

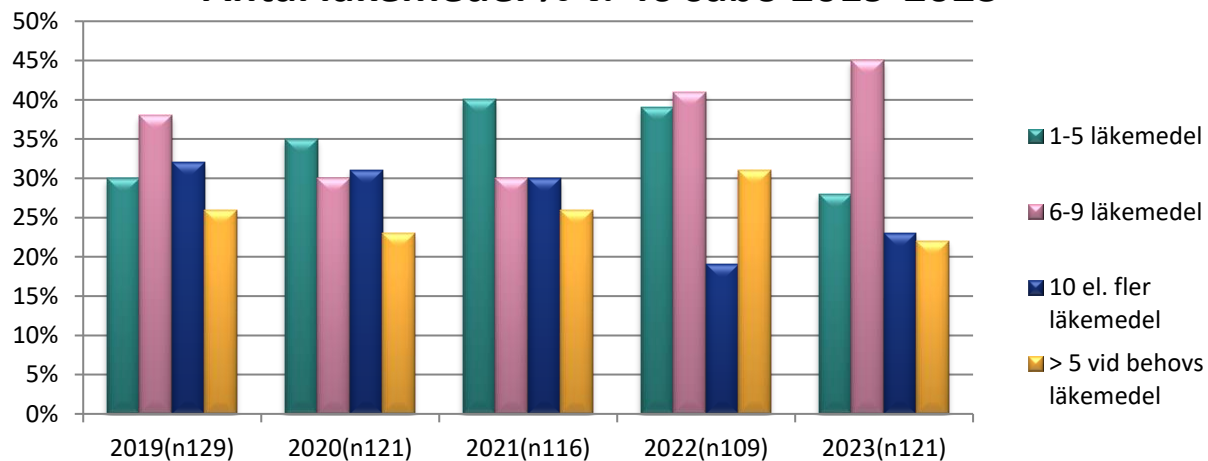
Läkemedelsgrupper hemsjukvård v.46 2019-2023



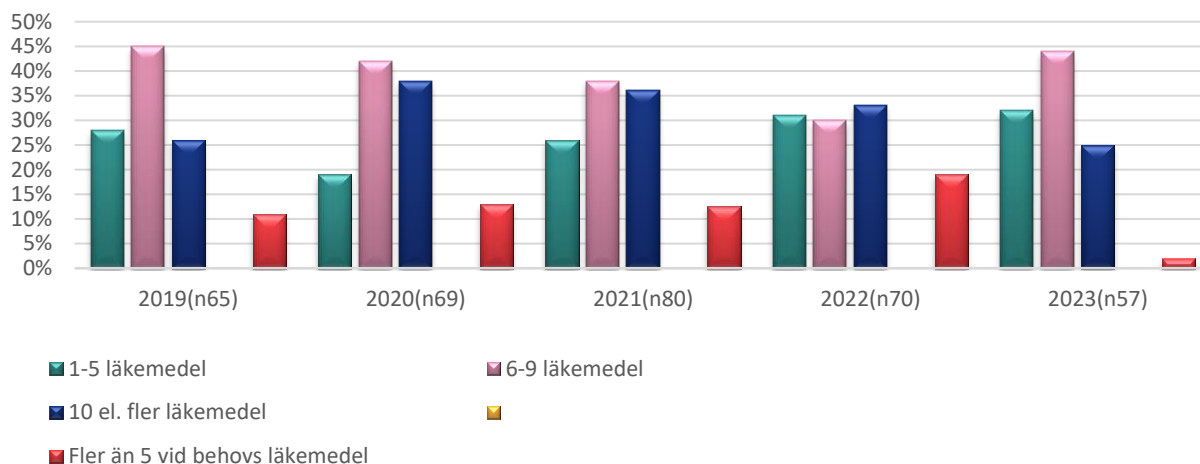
Läkemedelsgrupper v.46 korttids 2021-2023



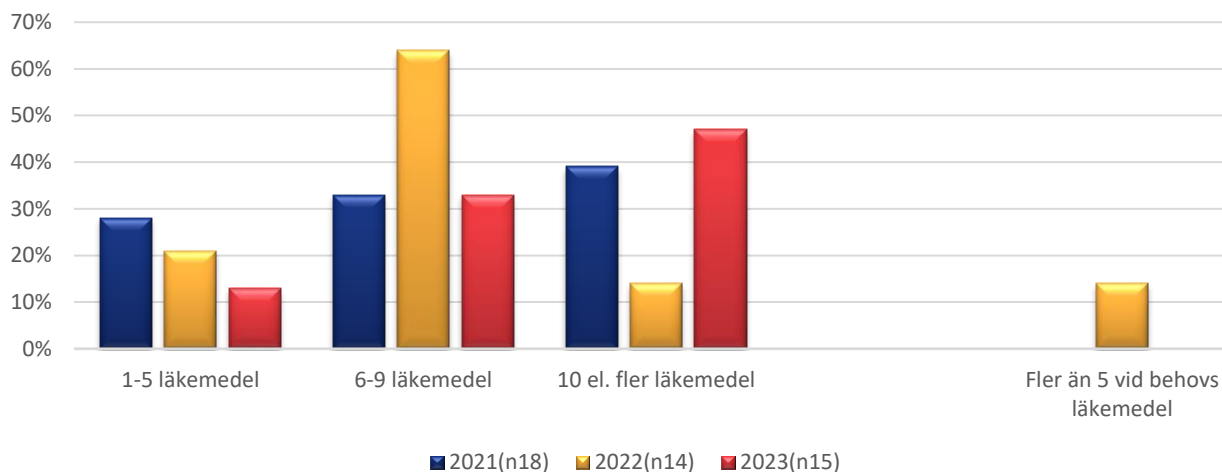
Antal läkemedel % v. 46 säbo 2019-2023



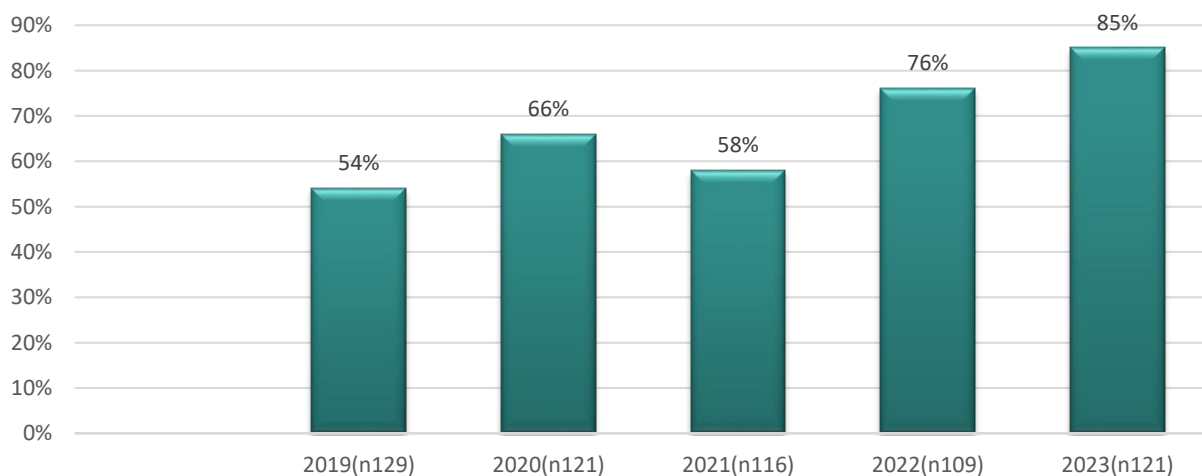
Antal läkemedel v. 46 hemsjukvård 2019-2023



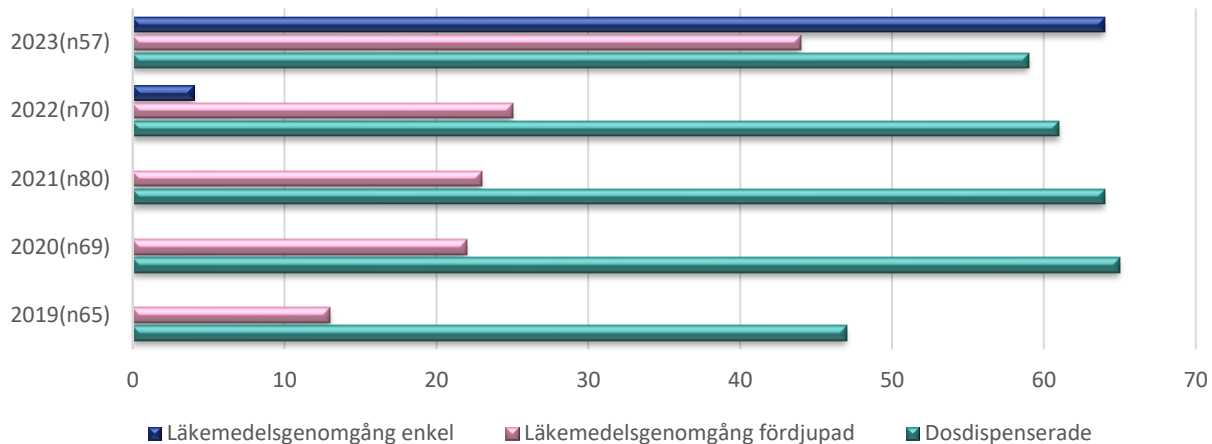
Antal läkemedel v. 46 korttids 2021-2023



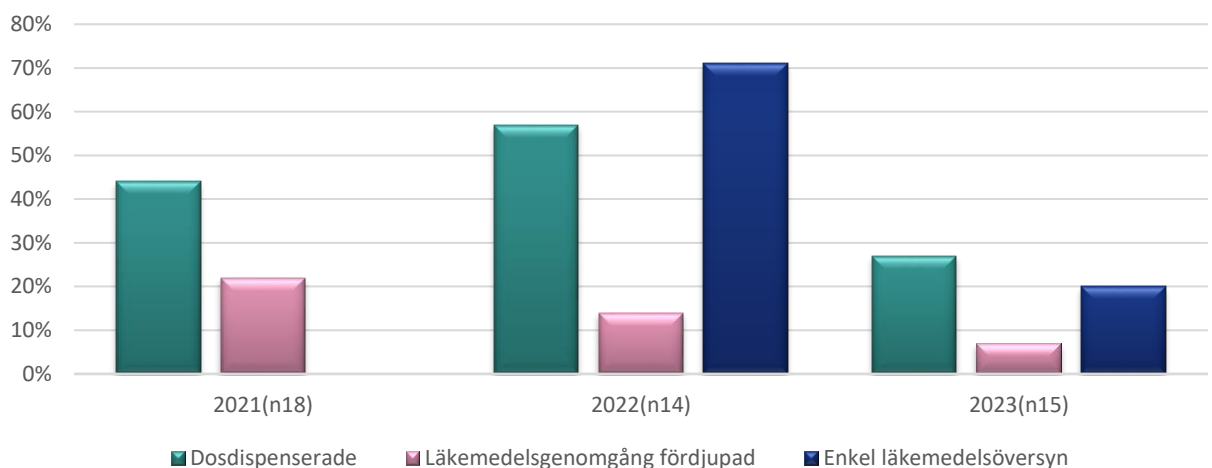
Läkemedelsgenomgångar fördjupade i säbo



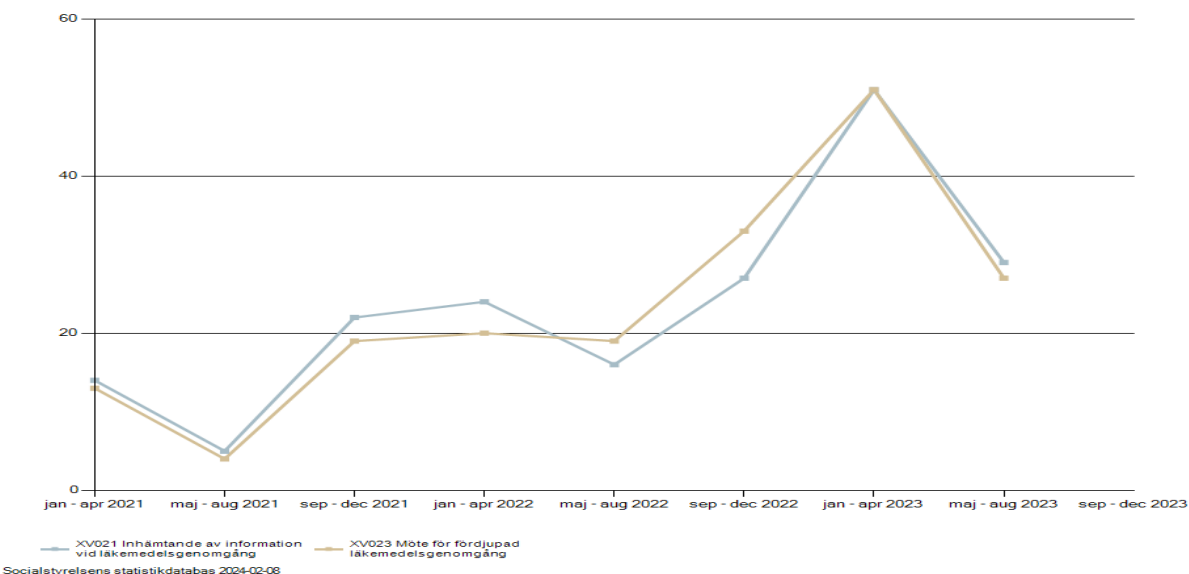
Läkemedelshantering v. 46 hemsjukvård 2019-2023



Läkemedelshantering v.46 korttids 2021-2023



Kommunal hälso- och sjukvård (KVA), Storuman, båda könen, Alder 65 och uppåt



Analys av resultat: Det är inga större skillnader mellan jämförda år men när det gäller målet att minska Neuroleptika, NSAID och övriga olämpliga läkemedel för äldre kan vi se en minskad användning. Det är inte samma individer som mäts åren emellan, detta kan ha en viss betydelse för utfallet. De allra flesta på säbo har dosdispenserade läkemedel och följsamheten för DOS patienter och till GBA-rutin är god. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har ökat under åren vilket troligen är en anledning till den minskade användningen av olämpliga läkemedel och att vid behovs läkemedel sätts ut när behovet inte längre finns.

Trots kritik från IVO att det saknas tillräckliga förutsättningar för vård- och omsorgspersonal att på ett patientsäkert ge läkemedel, sker delegering strikt utifrån den rutin som finns och som IVO tidigare granskat och inte haft synpunkter på. Förutsättningen för att ge delegering till omsorgspersonal förutsätter att det kan göras patientsäkert och gör det inte det, ska sjuksköterskorna inte delegera. Vid uppföljning med sjuksköterskorna säger de, att de ibland utifrån språk- och kompetensbrister inte kan delegera den arbetsuppgiften.

Åtgärd: Fortsatt arbete med läkemedelsgenomgångar tillsammans med regionen.

Uppföljning av åtgärd: Följa resultat i Socialstyrelsens statistikdatabas för kommunal hälso- och sjukvård. Samt följa arbetet både Regionalt och nationellt för en god läkemedelsterapi för äldre

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

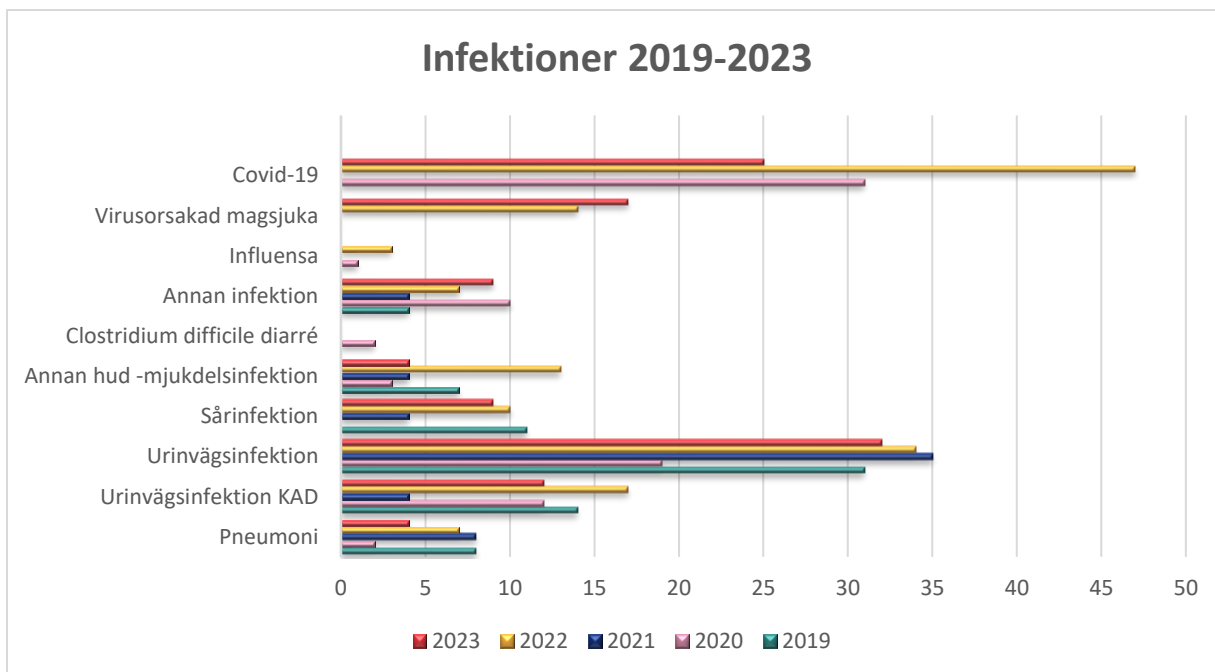
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård, till följd av diagnostik, behandling eller inom vård och omsorg

Mål: Minska andelen riskfaktorer ex. katetrar, sår, förekomst av infektioner och ev. antibiotikaanvändning

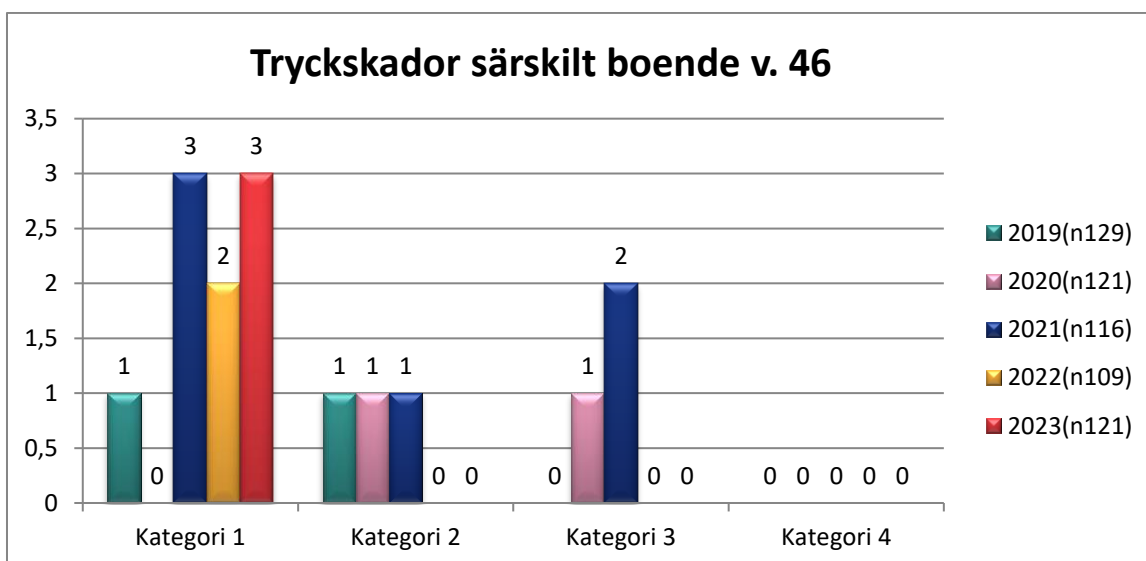


Analys av resultat: I mätningen Svenska HALT som under 2023 även ingick i den europeiska mätningen, deltog vi med 5 enheter. Vi låg exakt i samma nivå som riket när det gäller infektioner och antibiotikaanvändning under just de veckor mätningen genomfördes.

Åtgärd: Infektioner registreras och redovisas halvårsvis. Deltagande i Svenska HALT³ samt sårutbildningar

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt deltagande i Svenska HALT med samtliga enheter samt följa riskfaktorer

Tryckskador



³ Folkhälsomyndigheten, Svenska HALT 2023

Mål Uppmärksamma och minska risker för fall, undernäring, tryckskada och dålig munhälsa. Vid upptäckta risker ska planerade åtgärder genomföras och följas upp.

Analys av resultat Vi har under året inte haft några allvarligare trycksador alltså kategori/grad 2–4, det betyder att upptäckta skador kategori/grad 1 inte utvecklats till en yttlig hudskada utan enbart påverkat hel hud. En tryckskada kan utvecklas snabb vid tex. feber och vid livet sista tid men inte heller där har vi haft allvarligare trycksador.

Åtgärd Riskbedömningar och uppföljning i Senior Alert⁴ samt snabb förskrivning av tryckavlastande madrasser vid bedömda risker. Även om inte kvalitetsregistret används, så ska vårdprocessen följas.

Uppföljning av åtgärd Följs regelbundet utifrån Senior Alert vårdprocess bedöma risker, planera åtgärder och följa upp samt vid journalgranskning 2ggr/år utifrån riskmarkörer.

	Andel riskbedömningar med planerade åtgärd					Andel utförda av planerade åtgärder				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Storumans kommun	96%	98%	99%	94%	92%	85%	68%	71%	72%	79%

Källa: Senior Alert, 147 unika personer 2023

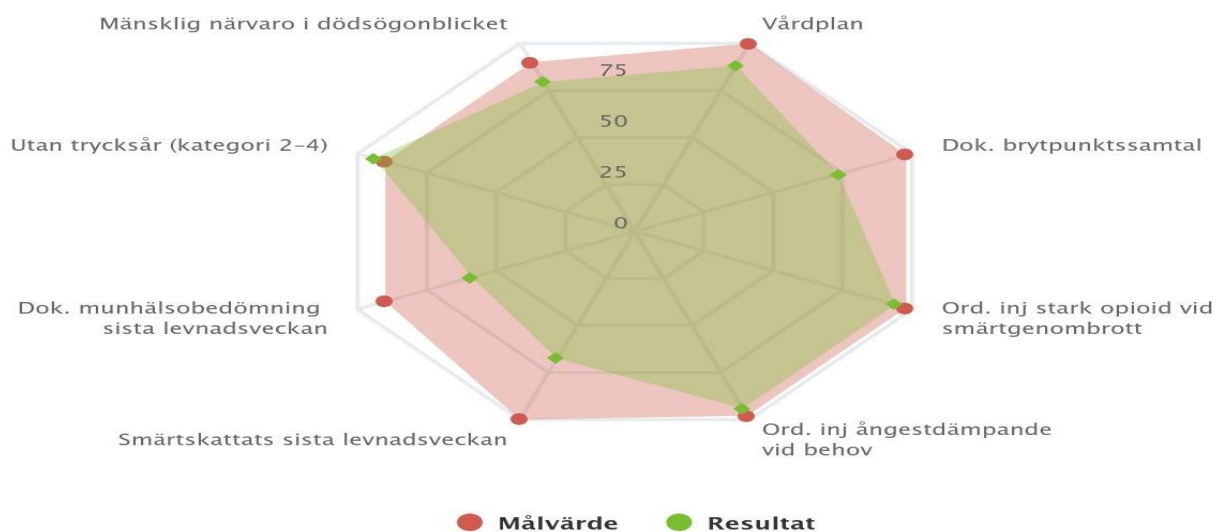
Palliativ vård

Under 2 år har ett förbättringsarbete av den palliativa vården pågått i kommunen. Arbetet har drivits av specialistsjuksköterska i palliativ vård som anordnat utbildningar, dialoger och tematräffar, samt förbättrat och uppdaterat checklistor och signeringslistor. En fördjupad och reviderad lokal överenskommelse med regionen har utarbetats, för ett mer strukturerat arbetssätt på alla enheter och för att underlätta samverkan vid vård i livets slut.

⁴ Kvalitetsregistret, Senior Alert

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 – 2023-12



Kvalitetsindikatorer	Målvärde % (nytt)	2019 %	2020 %	2021 %	2022 %	2023 %
Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall i kommunen (kommun + region) antal	-	>50	>50	>50	75	97
Informerandesamtal (läkare) till patient, brytpunktssamtal i SÄBO (särskilt boende)	98	83	73	62	55	74
Informerande samtal (läkare) till närstående, SÄBO	-	79	79	60	50	68
Utförd smärtskattning enligt VAS, Abbey Pain Scale, SÄBO	100	41	41	78	72	68
Avliden utan trycksår (grad 2-4) SÄBO	90	86	89	76	88	94
Någon närvarande vid dödsögonblicket SÄBO	90	83	95	87	98	79
Erbjudande om efterlevande samtal till närstående SÄBO	-	45	48	45	71	85

Andel munhälsobedömning (sista levnadsveckan)	90	45	43	68	62	59
--	----	----	----	----	----	----

Källa: Palliativregistret 2024-01-24

Mål Ingen ska dö ensam som inte vill, förbättra resultaten av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, främst smärtskattning med validerat instrument och munhälsobedömning sista levnadsveckan.

Analys av resultat I Lifecare ska det tydligt framgå om brytpunktsamtal genomförts, planering och vilka ev. begränsningar av vårdåtgärder som finns. Enligt journalgranskningar har dokumentationen förbättrats men det finns fortfarande möjlighet till förbättring. Under januari 2024 aktiveras en standardiserad vårdplan för palliativ vård och då blir det väldigt tydligt vilka åtgärder som ska göras vid palliativa vårdbehov och livets sista tid.

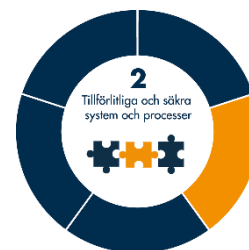
Förbättringar kan ses i registret men även visst försämrat resultat. Det kan bero på att personer avlidit hastigt utan att man hunnit planera åtgärder det betyder inte att själva vård varit dålig.

Åtgärd Utbildning i palliativ vård och utbildning *Att sitta vak*, för omsorgspersonal, enhetschefer, och leg. personal. Genomgång av dokumentationen i Lifecare genom journalgranskning.

Uppföljning av åtgärd Görs vid journalgranskning, utdata från registret följs upp regelbundet och delas vid olika träffar, i kvalitetsråd, på apt och i MAS-infoträffar

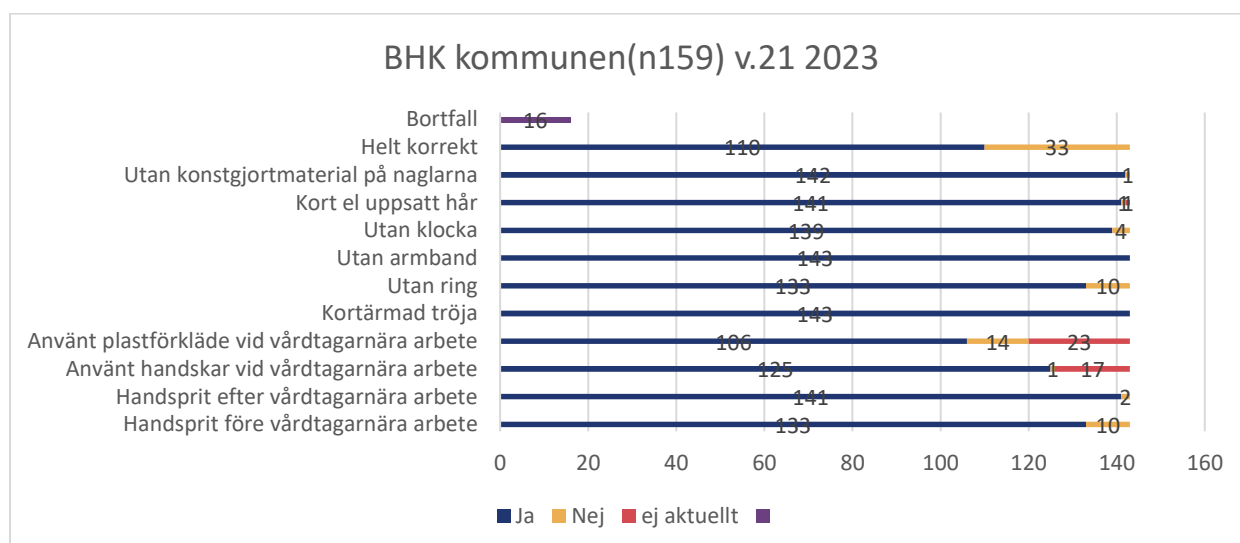
Tillförlitliga och säkra system och processer

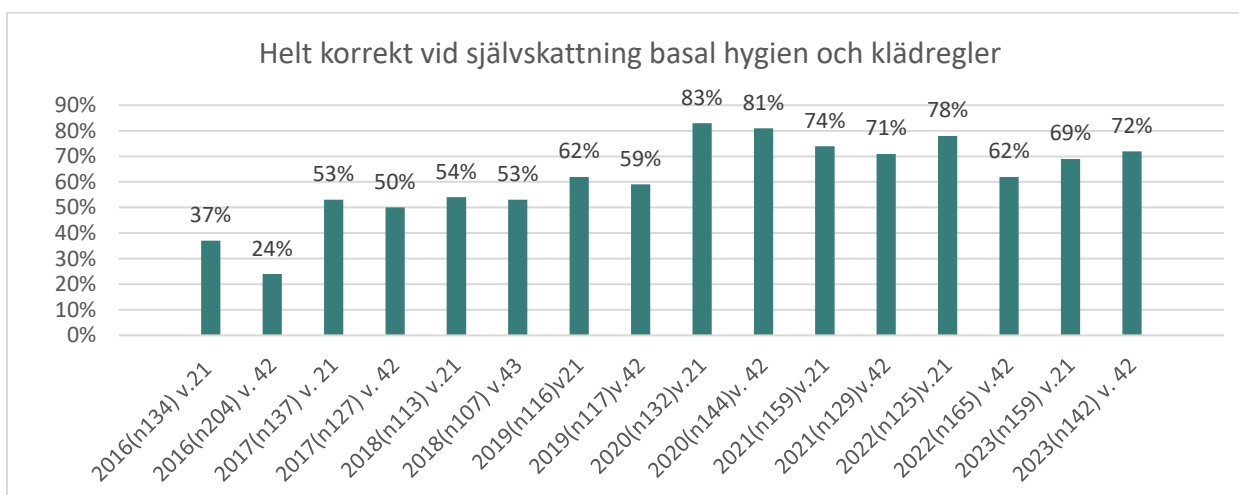
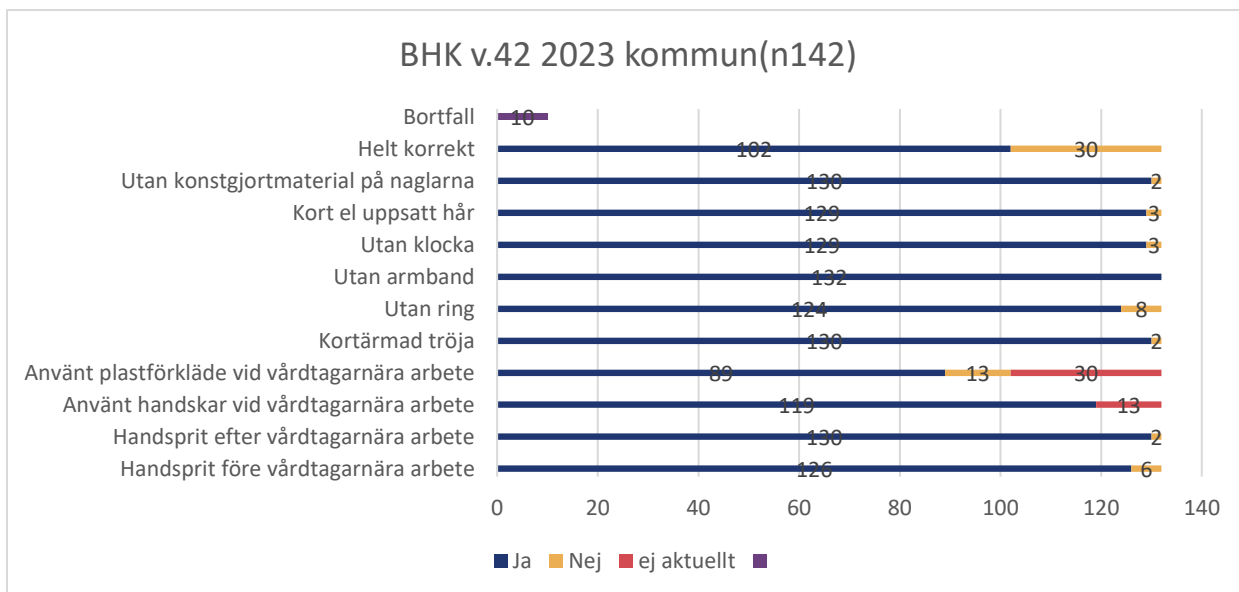
Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Basalhygien och klädregler (BHK)

Två gånger årligen genomförs en självskattning kring basal hygien och klädregler (BHK), alla som arbetar vårdtagarnära under v. 21 och 42 ska göra skattningen, det gäller både leg. personal och omsorgspersonal





Analys av resultat: Samtliga enheter får en sammanställning av sina resultat för att hantera det som ev. behöver förbättras. Det kan ses en viss försämring av resultatet på vissa parametrar bl.a. användningar plastförkläde från tidigare år. Utifrån de inlämnade svaren kan nog antas en viss överanvändning av handskar och underanvändning av förkläden. Ringar har legat på ungefär samma nivå, användning av handsprit före vårdtagarnära har förbättrats.

Åtgärd: Utbildning i basalhygien, hygienombud

Uppföljning av åtgärd: De enheter som har kvalitetsråd följer resultat och ev. handlingsplaner utarbetas.

Hygieniska egenkontroll

Samtliga särskilda boende genomförde vårdhygienisk egenkontroll under 2023 utifrån vägledning och checklista från svensk förening för vårdhygien (SFVH). Stöd/uppföljning gjordes av hygiensjuksköterska som utgick från egenkontrollen. Hon gjorde även en översyn av utrymmen, utrustning och vilka rutiner som finns på varje enhet.

Mål: Årlig egenkontroll och uppföljning av den vårdhygieniska standarden på enheterna

Analys av resultat: Det var första året som den vårdhygieniska egenkontrollen genomfördes så det var mycket värdefullt att hygiensköterskan från Vårdhygien kunde gå igenom och träffa enhetschefer, hygienombud på samtliga boenden på plats. Det finns på samtliga ställen förbättringsområden och det gäller bl.a. förrådshantering, flödet i hygienutrymmen och vad som förvaras där.

Uppföljning av åtgärd Enhetschef tillsammans med MAS följer upp årligen, de förbättringsområden och åtgärdsbehov som identifierades vid egenkontrollen/hygienrond

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Kommunens hälso- och sjukvård är komplex och bedrivs dygnet runt alla dagar. Den är beroende av hur vård, omsorg och stöd fungerar både internt och med andra vårdgivare. Att täcka bemanningsbehov är idag en stor utmaning men vård och omsorg måste fungera trots detta. Daglig styrning, prioritering och samordning bidrar till en säker vård trots variationer och störningar i verksamheten. Det finns rutiner, checklistor, avbrottsrutiner i samverkan med Regionen. Det pågår ett internt arbete med att utarbeta en handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Riskanalyser ska göras vid ny digital teknik eller förändrade arbetssätt för att förebygga händelser som i möjligaste mån går att undvika eller att beredskap finns för störningar.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelse

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

Avvikelsehantering

Samtlig personal ska göra avvikelserapportering i Lifecare avvikelssystem när det skett eller upptäcks en icke önskvärd händelse, oftast handlar det om läkemedel, fall eller informationsöverföring. I systemet hanteras både avvikelser vårdskada (hälso- och sjukvård)

och avvikelser missförhållanden (Socialtjänst) samt klagomål och synpunkter sam kan gälla båda lagrummen. Utredning, analys och åtgärd hanteras i de flesta fall på enheterna av leg. personal och enhetschefer utifrån avvikelserns art. I kvalitetsråden kan det utarbetas handlingsplaner för områden som behöver förbättras.

Vid allvarligare händelser görs händelseanalys och utredning av MAS. Berör avvikelserna annan vårdgivare skickas den av MAS vidare till t.ex. avvikelseutredare på Regionen.

År	2023							Antal
Avvikelse typ	Fall	Informationsöverföring	Kommunikation	Läkemedel	Nutrition	Tryckskada		
Antal	469	15	9	305	3	2	803	

Vanligaste åtgärderna är händelsenära åtgärder, det kan vara att prata med personen som varit inblandad, föra dialog på teamträffar, arbetsplastträffar och MAS-infoträffar. Genomgång av befintliga rutiner är också en av de vanligare åtgärderna.

Under senare delen av året har en standardiserad vårdplan för fallrisk utarbetats för att förbättra det förebyggande arbetet och för att i möjligaste mån undvika fallhändelser, istället för att hantera fallavvikelser. Av de rapporterade fallen så resulterade 4% i frakturer.

Undre 2023 har inga allvarligare vårdskador rapporterats till IVO däremot har händelseanalys och utredningar gjorts vid några avvikelser. Vi har utrett och återkopplat några avvikelser från Regionen samt skickat ett antal avvikelser som Regionen utreder, oftast berör det brister i samordning, brister i informationsöverföring/kommunikation, brister och/eller otydligheter i ordinationer av läkemedel.

Klagomål och synpunkter

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

Det finns i Lifecare en modul för klagomål och synpunkter, men många gånger kommer dessa in som telefonsamtal, mejl eller muntligt direkt till enheterna och bör då läggas in i systemet i efterhand. Vi försöker uppmuntra till att använda systemet direkt för att på så vis lättare kunna hantera klagomålet och att återkoppling underlättas. Från Patientnämnden kan ärenden inkomma, under 2023 har inget kommit därifrån. Alla ärenden hanteras utifrån rutin och redovisas i nämnd två gånger per år.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Utarbetande av en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet är påbörjad, tillsammans med arbetet som görs kring krisberedskap i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst (KHOSS) blir detta ett stöd och ökar riskmedvetenhet och beredskap. När kartläggning och riskanalyser är genomförda kan träning och ev. simulering planeras. Att ta tillvara erfarenheter, bra och dåliga från tidigare inträffade händelser t.ex. längre strömavbrott,

storm, kyla, system som inte fungerar, pandemi, och använda den kunskapen i planeringen för förbättrad krishantering borde underlätta i arbetet för en förstärkt beredskap.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet har formulerat vision och övergripande mål, att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Visionen är: God och säker vård – överallt och alltid.

Vår handlingsplan för ökad patientsäkerhet är påbörjad men inte färdig. Det är ett arbete som måste följas på i iallafall på 2 års basis för att sedan revideras.

- Utarbeta handlingsplan för stärkt patientsäkerhet utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård”. Fem fokusområden samt grundläggande förutsättningar

Område	Mål	Strategier	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Ökad kunskap om inträffade vårdskador				
Tillförlitliga och säkra system och processer	Bättre kunskap om och följsamhet till rutiner		Utbildning av hygienombud	BHK 2 ggr/år Hygienisk egenkontroll
Säker vård här och nu	Förbättra och öka egenkontroller	Identifiera de områden som behöver bättre uppföljning	Enkät till EC/ssk Enkät till omsorgspersonal	Vår Höst Fortsatt uppföljning av befintliga rutiner
Stärka analys lärande och utveckling				Statistik i Lifecare kring avvikelser Journalgranskning 2ggr/år Resultat från kvalitetsregister
Ökad riskmedvetenhet och beredskap		Utarbeta handlingsplan		

Grundläggande förutsättningar	God samverkan internt och externt	Regelbundna samverkans-träffar på olika nivåer	Fortsatt arbete kring Nära vård	Behöver följas både på lokal- och regionalnivå
--------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------	--

Indikatorer som även fortsättningsvis bör följas

- Fortsätta arbeta för förbättrad kvalitet vid palliativ vård utifrån Socialstyrelsens indikatorer
- Fortsätta arbeta utifrån nationella program, inom de områden där vi berörs exempelvis erbjuda basal utredning vid inkontinens, enkel fotundersökning vid diabetes
- Förbättra det förebyggande och rehabiliterande arbetet
- Kompetensutveckling och utbildningsinsatser i kognitiva sjukdomar