



Patientsäkerhetsberättelse för Lidköpings kommun 2022



Datum: 2023-01-11

Ansvarig för innehållet: Birgitta Engström Walander, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Den utgår från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.



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

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	6
Grundläggande förutsättningar för säker vård	8
En röd tråd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.	8
Engagerad ledning och tydlig styrning	8
Övergripande mål och strategier	8
<i>PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §</i>	8
Systematiskt patientsäkerhetsarbete	8
De områden som är mest angelägna (röda) i vår analys är:	9
De områden som är näst angelägna (gula) i vår analys är:	9
Organisation och ansvar.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Det finns gemensamma styrdokument för att säkra vårdövergångarna:	10
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur.....	10
Granskning av läkemedelshanteringen.....	10
Resultat från punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete i särskilt boende inom äldreomsorgen v.11-12 2022.....	11
Bakgrund:	11
Metod för mätningen:.....	11
Resultat:.....	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Kompetensutveckling för sjuksköterskor.....	11
Kompetensutveckling för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.....	12
Fortlöpande kunskapsinhämtning.....	12
Patienten som medskapare	12
Agera för säker vård	12
<i>SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §</i>	12
Individuella riskbedömningar som dokumenteras och systematiseras genom Senior Alert.....	12
Palliativ vård med registreringar i Palliativa registret.....	13
BPSD-registret	13
Bakgrund	13

Utbildning.....	13
NPI poäng	14
Andel personer som bedöms vara smärtfria.....	14
Kartläggning av användningen av läkemedel.....	14
Inledning.....	14
Resultat på kommunnivå	14
Resultat på enhetsnivå	15
Demensboende (72 personer)	15
Äldreboende (241 personer).....	15
Hemvård (299 personer)	15
Medicinska vårdplaner	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Utredningar som har skickats till IVO.....	16
Avvikelser	16
Hälso- och sjukvårdsavvikelser.....	16
Läkemedelsavvikelser.....	16
Fallavvikelser	17
Klagomål och synpunkter	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	17
Resultat från Tandvårdsenheten 2022.....	18
Målsättning.....	18
Resultat.....	18
Säkra vårdövergångar.....	18
In- och utskrivningsprocessen	18
Kontroller och resultat:	18
Avvikelserapportering mellan vårdgivare.	18
Mätning av korrekta läkemedelslistor och läkemedel vid hemgång från sjukhuset ...	19
Ställningstagande till kommunal hälso- och sjukvård.....	19
Mätning av vårdbegäran vid kontakter med andra vårdgivare	19
Beläggningsstatistik på sjukhus.....	19
Akuta oplanerade transporter till sjukhus	19
Säker vård här och nu.....	20
Pandemin.....	20
Uppdatering av gällande rekommendationer.....	20

Informationsspridning.....	20
Skyddsutrustning.....	20
Provtagning av brukare/patienter.....	20
Personalprovtagning	20
Smittspridning	21
Vaccination	21
Är vården säker idag.....	21
Tillsyn från IVO	21
Innehåll i sammanställningen	21
Individuell bedömning och kompetens.....	21
Kontinuitet och dokumentation.....	21
Läkemedel	21
Vård i livets slutskede.....	22
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	22
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	23

SAMMANFATTNING

Lidköpings kommun har gjort en analys av patientsäkerheten enligt SKR`s verktyg för analysarbete ”Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunerna.” Resultatet av analysen finns i ”Rapport och förslag till åtgärder för patientsäkerhetsarbetet i Lidköpings kommun.” Det som främst kom fram var betydelsen av ledningsteamens arbete med att skapa ett gott arbetsklimat med strukturerade uppföljningar av risker, avvikelser, händelser och synpunkter. Det är en förutsättning för att kvalitetssäkra enhetens arbete och resultat, vilket ökar patientsäkerheten.

Under arbetets gång framkom att en riktlinje för kvalitetsarbetet behövs som stöd och därför har ”Riktlinjen ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” tagits fram.

Patienten och närstående som medskapare i den egna vården och i de processer som de berörs av är ett utvecklingsområde som har identifierats.

En extern granskning av läkemedelshanteringen i sju läkemedelsförråd och tre kommunala akutläkemedelsförråd har utförts av Apotekets kvalitetsgranskare och den bygger på Socialstyrelsens föreskrift HSLF: FS 2017:37. Den sammanfattande bedömningen är att läkemedelshantering fungerar mycket bra i Lidköpings kommun.

Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete visar att det som framför allt brister är desinfektion av händerna innan ett arbetsmoment och användningen av förkläde.

Det proaktiva arbetet med riskbedömning av patienterna enligt Senior Alert har ökat.

I Palliativa registret har fler registreringar gjorts.

I BPSD har antalet registreringar ökat. Utbildningar inom hemvård och särskilt boende är klara. Goda resultat med att bromsa utvecklingen av demenssjukdomen visar sig i NPI-skalan.

En läkemedelskartläggning för att belysa användning av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och polyfarmaci är genomförd. Den innefattar även hur många som har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna.

Medicinska vårdplaner har en ökad andel i Skaraborg från 45 % till 61 %. För Lidköping ligger det kvar samma nivå som tidigare, vilket är 36 %.

Två utredningar har skickats till IVO. En om uppkomsten av ett sår, som ledde till minskad gångförmåga. En annan var ett missnöje med den vård som gavs i hemsjukvården och på sjukhuset. Inget svar från IVO än om de blir en lex Maria.

Hälso- och sjukvårdsavvikelserna har minskat något i antal.

Kommunen uppnår inte målet att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 20 år får intyg om Nödändig tandvård. Resultatet är 2,58 %.

En mätning är gjord av hur stor andel som har korrekta läkemedelslistor med sig hem från sjukhuset. 2022 var det 72 % som hade en korrekt läkemedelslista med sig. En förbättring jämfört med 2021 då det var 65 %.

Bedömningsteamet har handlagt 967 ärenden under 2022, det är en ökning från 745 ärenden året innan.

För de som har kommunal hälso- och sjukvård har 86 % en ifylld vårdbegäran med beskrivning av hälsotillstånd och kontakter vid inläggning på sjukhus.

Pandemin fortsatte under 2022 och samma strategi gällde, de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gett ut och de rutiner som Smittskydd Västra Götaland har publicerat har hela tiden följts av verksamheten.

En sammanställning med en kortfattad beskrivning av resultat från aktuella tillsynsområden kom 2022-12-16 från IVO. De kommer under början av 2023 att göra ett tillsynsbesök, där en mer utförlig återkoppling görs över områden som behöver förbättras.

Mål och strategier för kommande år finns att läsa på s.23.

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.

En röd tråd i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Den nationella handlingsplanen från Socialstyrelsen ”Agera för säker vård” 2020-2024 har legat till grund för SKR’s analysverktyg för ökad patientsäkerhet. Lidköpings kommun har gjort en analys enligt verktyget för att kartlägga patientsäkerheten. Resultatet av analysen finns i ”Rapport och förslag till åtgärder för patientsäkerhetsarbetet i Lidköpings kommun.” Patientsäkerhetsberättelsen är skriven i den mall som SKR tagit fram som grundar sig i den nationella handlingsplanen.



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 §

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden i Lidköping har efter granskning av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) under pandemin 2020 beslutat att verksamheten ska analyseras utifrån det verktyg för ökad patientsäkerhet som har tagits fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) Resultatet finns i rapporten, ”Rapport och förslag till åtgärder för patientsäkerhetsarbetet i Lidköpings kommun.”

Den nationella handlingsplanen beskriver fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden för patientsäkerhetsarbetet.

För att skapa en god och säker vård och omsorg kan analysverktyget användas för att skapa en gemensam nulägesbild utifrån vad som fungerar bra samt vilka utmaningar och



utvecklingsområden som finns. Verktöget ska hjälpa oss att på ett enkelt sätt få en struktur på vilka områden som behöver prioriteras inom patientsäkerhet.

De områden som är mest angelägna (röda) i vår analys är:

- ✓ Patienter och närståendes synpunkter och klagomål
- ✓ Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt
- ✓ Minimering av effekter av negativa händelser
- ✓ Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap

De områden som är näst angelägna (gula) i vår analys är:

- ✓ Patient som medskapare
- ✓ Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling
- ✓ Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap
- ✓ Tillförlitliga och säkra processer- i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården
- ✓ Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationer och hos andra vårdgivare
- ✓ Analyser som möjliggör lärande
- ✓ Lärande från analyser och det egna arbetet

Det som främst kom fram var betydelsen av ledningsteamens arbete med att skapa ett gott arbetsklimat med strukturerade uppföljningar av risker, avvikelser, händelser och synpunkter är en förutsättning för att kvalitetssäkra enhetens arbete och resultat, vilket ökar patientsäkerheten. Detta har lyfts fram och förtydligats i Teamarbete Social Velfärd 23/8-22 Under arbetets gång framkom att en riktlinje för kvalitetsarbetet behövs som stöd och därför kommer ”Riktlinjen ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” tas fram. Ett digitalt stöd i kvalitetsarbetet för enhetschefer och ledningsteamet är under utveckling.

Organisation och ansvar

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

Fastställande av övergripande mål, planering, ledning och kontroll av verksamheten ansvarar Vård- och omsorgsnämnden för.

En hög patientsäkerhet och en god kvalitet på vården, samt ett ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet åligger verksamhetschefen för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska att ansvara för, samt att författningsbestämmelser, lagar och regler är kända i verksamheten.

Under pandemin har vårdhygien och smittskydd haft regelbundna möten varannan vecka med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor i delregionen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns gemensamma styrdokument för att säkra vårdövergångarna:

- Hälsa- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017–2020.
- Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Skaraborgs tillämpning av rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, öppenvårdsprocess samt IT-tjänsten SAMSA.
- En läns-gemensam rutin ”Avvikelsehantering – Vårdsamverkan i Västra Götaland” och tillhörande IT-stöd Med Control PRO ska säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser görs och svar ges till rapportören.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Alla chefer har utbildats i informationssäkerhet, som de sen ska ha för sina personalgrupper. En ny E-tjänst för anmälan av personuppgiftsincidenter och med den ett utbildningsmaterial som beskriver vad en personuppgiftsincident är.

En god säkerhetskultur

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



Granskning av läkemedelshanteringen.

En extern granskning av läkemedelshanteringen i sju läkemedelsförråd och tre kommunala akutläkemedelsförråd har utförts av Apotekets kvalitetsgranskare och den bygger på Socialstyrelsens föreskrift HSLF: FS 2017:37.

Kvalitetsgranskningen genomfördes i varje granskad enhets läkemedelsförråd som ett samtal där apotekaren diskuterade läkemedelshandling och rutiner med ansvariga sjuksköterskor. Vid mötet granskades förvaringen av läkemedel i läkemedelsförrådet och patientskåp. Förvaring, läkemedelslistor och signeringslistor gicks igenom.

Beslut taget av medicinskt ansvarig sjuksköterska att förvaring av läkemedel i ATC-kods ordning införs och ska vara klart 221212. En arbetsgrupp tar fram en manual för vilka arbetsuppgifter som ska finnas i Sign-it, så att ett lika arbetssätt bedrivs på alla enheter. Den sammanfattande bedömningen är att läkemedelshandling fungerar mycket bra i Lidköpings kommun. Varje granskad enhet har fått sitt protokoll med åtgärder och en sammanfattning har gjorts, som har gått igenom på APT och sen har skickats ut till alla sjuksköterskor, så alla får del av granskningens resultat.

Resultat från punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete i särskilt boende inom äldreomsorgen v.11-12 2022.

Bakgrund:

Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete är avsedd som ett stöd för regioner och kommuner i arbetet med att uppnå hög följsamhet.

En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler förhindrar smittspridning och bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Punktprevalensmätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10). Mätningen erbjuds samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård i så väl regioner som kommuner.

Metod för mätningen:

Mätningen grundar sig på observationsstudier, som sker under en i förväg angiven tidsperiod. Observationerna ska utföras vid patientnära arbete exempelvis omvårdnad, undersökningar och behandling. Urvalet ska vara slumpmässigt både avseende personalkategorier och observerade arbetsmoment.

Resultat:

Det sammanlagda resultatet för alla deltagande enheter inom särskilt boende inom äldreomsorgen visar att i de fyra hygienstegen är resultatet 69,3%, vilket är en förbättring jämfört med mätningen hösten 2020, då det var 56,6%. Avseende korrekta klädregler var resultatet 96 %, att jämföra med 95,3 % 2020.

Det som framför allt brister inom hygiendelen är desinfektion av händerna innan ett arbetsmoment och användningen av förkläde. För klädreglerna är resultatet mycket bättre, där är det få personer som har brister i klädsel, ringar och naglar.

Antalet observationsstudier varierar mellan enheterna, så underlaget kan vid få observationer vara osäkert. Resultatet varierar också mellan olika enheter, två enheter har 100 % på allt!

Resultaten har följts upp med berörda enhetschefer och områdeschefer, samt även med sjuksköterskorna på enheterna.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetensutveckling för sjuksköterskor

Kompetensutveckling har för sjuksköterskorna skett med följande utbildningar: Klinisk bedömning 1 och 2, Att möta hotfulla personer, Diabetesfoten, HLR och Teamutbildning 4 dagar inom Social Valfärd. Två sjuksköterskor har anställts på AST-tjänster där de har läst en specialistutbildning parallellt med yrkesarbete.



Kompetensutveckling för arbetsterapeuter och fysioterapeuter

För arbetsterapeuter och fysioterapeuter har dessa utbildningar genomförts; Den pedagogiska vägen, Manuella förflyttningar och Förflyttning med personlyft de är uppdragsutbildningar framtagna av campus. En arbetsterapeut läser till en magisterexamen.

Fortlöpande kunskapsinhämtning

Den daglig avstämning med alla sjuksköterskor för att fördela resurser och stämma av pandemiläget har successivt minskat till en gång/vecka.

En struktur finns för hur nya medarbetare ska introduceras.

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 §

Att vården utformas efter de behov som patienten har, att fokusförflyttningen från patienten i fokus till patientens fokus genomsyrar de planeringar som sker av patientens vård.

Att personalen vid inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård och vid inflyttning på särskilt boende har inskrivnings/inflyttningssamtal för en dialog med patienten och närstående om den egna vården, hälsohistoria och patientens behov. Att informationen dokumenteras i patientens journal, samt att man öppnar upp för en fortsatt dialog framöver. Målsättningen är att göra patienten delaktig i behandlingen och skapa förståelse för den.

Det finns brukarråd på särskilda boenden och kommunala pensionärsrådet och funktionshinderrådet finns för övergripande frågor, men i patientsäkerhetsanalysen har det identifierats ett förbättringsområde för att få patienter och närstående delaktiga i processer och utvecklingsarbete på olika nivåer.

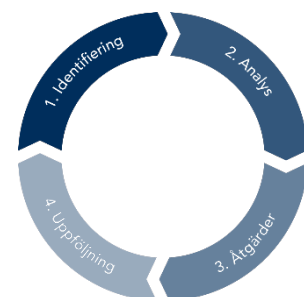
Agera för säker vård

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

Individuella riskbedömningar som dokumenteras och systematiseras genom Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister, som verkar för ett proaktivt/förebyggande arbetssätt. Det görs bedömningar för varje individ vilka risker som finns för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen. Det leder till ett systematiserat arbetssätt där åtgärder enkelt kan följas upp.

Det har gjorts 681 riskbedömningar hos 556 individer, 58 personer hade inga risker vid bedömningen. Hos 90 % av de med risk fanns bakomliggande orsaker. En åtgärdsplan togs



fram för 94 % av de med risk. En uppföljning av utförda åtgärder har gjorts för 65 % inom sex månader.

47 trycksår fanns hos 42 personer. Ett BMI under 22 fanns hos 140 personer. Munhälsan bedömdes till grad 2 hos 181 personer.

I jämförelse så gjordes det 2021 611 riskbedömningar hos 488 individer. Läs mer i ”Resultat Kvalitetsregister 2022.”

Palliativ vård med registreringar i Palliativa registret

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patient och närstående. Vårdpersonalen besvarar en enkät, som handlar om hur vården har varit sista veckan i livet.

I palliativa registret har fler registreringar gjorts, 163 jämfört med 142 året innan.

Täckningsgraden är 67 % (mål 70 %). Andel brytpunktsamtal ligger ungefär som året innan, på 67,5 %. Andelen för munhälsobedömning 47,2 % är färre än 2021, då det var 54,9 %.

Även andelen med smärtskattning har minskat, 71,2 % i år mot 78,2 % 2021.

BPSD-registret

Bakgrund

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, förekommer hos 90 % av alla personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD är t.ex. hallucinationer, motorisk oro, sömnsvårigheter, ångest och apati.

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är främst att minska symtomen och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Arbetet med BPSD-registret skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön.

Utbildning

En person i kommunen är certifierad utbildare vilket innebär att den ska genomföra administratörsutbildningar, vara ett stöd i implementeringen av arbetssättet och hålla uppföljande träffar för administratörer, samt att minst en gång per år delta i de nätverksträffar som BPSD-registret ordnar för certifierade utbildare.

Antal utbildade personer i kommunen är 256 personer, av dom är 133 undersköterskor. Den certifierade utbildaren har haft 5 BPSD utbildningar 2022. Från november 2022 är alla hemvårdsområden och särskilda boenden utbildade i BPSD registret. Hösten 2022 var det en uppföljning kring implementering för alla administratörer.

Kvar att utbildas är Galeasen, vilket kommer att ske under 2023. Det planeras för utbildningar vår och höst av nyanställda och andra som inte har gått utbildningen.

NPI poäng

I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD öka och personen med demenssjukdom får allt svårare att tolka sin omgivning och att kommunicera. När BPSD ökar, syns det i BPSD-registret då poängen i NPI-skalan ökar.

Genom personcentrerat bemötande, stöd och åtgärder som är anpassade till personens förmåga, behöver det inte vara så. Det vi kan se i BPSD-registret när vi jämför data över tid att det har vi lyckats med i kommunens demensvård.

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till en bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta. I Lidköping var 184 personer registrerade och de hade fått 266 uppföljningar under 2022. Det var 239 under 2021.

Andel personer som bedöms vara smärtfria

Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem etc.

I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Registreringen visar att 76 % av personerna bedöms vara smärtfria.

Utbildning har skett till alla enheter för medarbetare inom hemvård och särskilt boende. Galeasen ska utbildas under 2023, samt nya medarbetare inom övriga verksamheter.

Kartläggning av användningen av läkemedel

Inledning

Läkemedelskartläggning genomförs för personer som är 75 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård, där läkemedelsansvaret är övertaget, enligt beslut i samverkansgrupp Geriatrik, Demens, Palliativ vård och stroke (GDP). Syftet med kartläggningen är att belysa användning av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och polyfarmaci. Den innefattar även hur många som har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna. Kartläggningen ska användas som underlag vid förbättringsarbete.

Målet är att förbättra och optimera läkemedelsanvändningen hos äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård. Kartläggningen genomfördes vecka 37 i samtliga kommuner i Skaraborg, utom Grästorp och Skara.

Resultat på kommunnivå

I Lidköping är andelen med olämpliga läkemedel 14 % jämfört med totalt för Skaraborg 16 %. Andelen läkemedel mot psykos är 5 %, mot 6 % i Skaraborg. Andelen med fler än 10 stående läkemedel är 23 % mot 27 %. Resultatet är bättre än medel för Skaraborg på alla parametrar.

Andelen som inte har läkemedel vid behov är i Lidköping 19 % och 14 % i Skaraborg. Andelen med 1-3 vid behovsläkemedel är 60 % jämfört med 64 %. Andelen, med 4-5 vid behovsläkemedel är 17 % samma som i Skaraborg. Andelen med fler än 5 läkemedel vid behov är 5 % jämfört med 6 % i Skaraborg. Även här ett bättre resultat än snittet på samtliga parametrar!

Andelen personer som har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna är 64 % jämfört med Skaraborg på 69 %. Här är resultatet sämre än snittet.

På särskilt boende är andelen som har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång på Hamnstaden 62 %, på Guldvingen 94 % och på Ågårdsskogen 86 %.

Resultat på enhetsnivå

Demensboende (72 personer)

På särskilt boende inom demensen har 97 % en fördjupad läkemedelsgenomgång, vilket är det högsta resultatet inom Social välfärd. En högre andel har olämpliga läkemedel 24 % mot 14 % för Social välfärd som helhet. Läkemedel mot psykos har 17 % mot 5 %. Fler än 10 läkemedel har 25 %.

Med en så hög andel fördjupade läkemedelsgenomgångar får den högre användningen av olämpliga läkemedel och läkemedel mot psykos anses vara väl övervägd och nödvändig.

Äldreboende (241 personer)

Inom äldreboenden har 73 % fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. På Tolsjöhemmet har det bara gjorts en fördjupad läkemedelsgenomgång, övriga har varit enkla läkemedelsgenomgångar, detta drar ner resultatet. Andelen med olämpliga läkemedel ligger endast på 11 % och läkemedel mot psykos har 4 %. Fler än 10 läkemedel är det 26 % som har. Trots färre fördjupade läkemedelsgenomgångar är det lägre siffror på olämpliga läkemedel och läkemedel mot psykos.

Hemvård (299 personer)

Inom hemvården har 57 % fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. Andelen med olämpliga läkemedel är 14 % och läkemedel mot psykos är 2 %. Fler än 10 läkemedel har 23 %. 60 % har 1-3 vid behovsläkemedel, 15 % har 4-5 vid behovsläkemedel och 5 % fler än 5 vid behovsläkemedel..

Medicinska vårdplaner

I den delregionala mätningen av Mål och Mått, där medicinska vårdplaner mättes 22-10-17 var det följande resultat; för Skaraborg totalt har andelen med medicinska vårdplaner ökat från 45 % till 61 %. För Lidköping ligger det kvar samma nivå som tidigare, vilket är 36 %. Det var 35 % 2021. Detta är ett utvecklingsområde tillsammans med vårdcentralerna.

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.



Utredningar som har skickats till IVO

En anmälan kommer in under sommaren 2022 från en anhörig, om att mammans ben och fötter inte blev smorda och lindade som det var beslutat, vilket ledde till sår på hälar och fötter, vilket ledde till en försämrad gångförmåga, med förflyttningar i rullstol.

En anmälan kommer in från anhörig i slutet av september, den anhörige skickar också ett klagomål till IVO. Anhörig vill att vården och de medicinska bedömningarna av hälsotillståndet hos pappan under juli och augusti 2022 i hemsjukvården ska utredas.

Avvikelser

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

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud, det utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet. Vid en avvikelse som upptäcks av omvårdnadspersonal, ska denna genast kontakta ansvarig/tjänstgörande sjuksköterska som bedömer behovet av omedelbara åtgärder, till exempel läkarkontakt. Den som upptäckt ett fall skriver fallavvikelse rapport. Samtliga avvikelser ska analyseras samt dokumenteras i patientens journal, förutom de avvikelser som inte är direkt knutna till en enskild patient.

Legitimerad personal som är i tjänst dokumenterar händelsen i Avvikelsemodulen i Procapita. Ansvarig enhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska läggs alltid som mottagare av avvikelsen.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Det har inträffat 307 avvikelser inom kommunal hälso- och sjukvård under året. 2021 var det 337 avvikelser.

Inom omvårdnad och rehabilitering har 13 avvikelser inträffat, ingen inom teknik och 3 inom medicintekniskt.

Två utredningar enligt Lex Maria är skickade till IVO, där har ingen återkoppling skett än från IVO.

Läkemedelsavvikelser.

Det har inträffat 229 läkemedelsavvikelser under 2022. År 2021 var det 246 läkemedelsavvikelser.

Avvikelserna är av olika slag, den som har högst antal är kvarglömda doser, det var 96 stycken. De utgör 42 % av läkemedelsavvikelserna. Som övrigt inom läkemedelshanteringen har 76 avvikelser rapporterats. Förväxling av egna läkemedel är 22, förväxling mellan vårdtagare är 13, fel i dosett är 12, fel i apodos är 6, felaktiga läkemedelsleveranser är 2 och felaktig signeringslista är 2.

Läkemedelsavvikelserna ledde till allvarliga konsekvenser vid 3 inträffade händelser, obehagliga symtom för 13 personer, oro/ångest hos 7 personer och smärta hos 7 personer.

Kontakt med läkare har tagits i 17 av avvikelserna. Justering av läkemedelstid i 9 av dem.

Det var avvikelser med insulin hos 8 personer och Waran eller annan blodförtunnande medicin hos 14 personer.

Fallavvikelser

Det har inträffat 62 fall med skada 2022. År 2021 var det 58 fall.

Riskbedömda var 43 av dem. Till sjukhus fick 31 personer åka. Vid 11 fall uppstod en fraktur.

De inträffade vid följande tidsintervall, på förmiddagen var det 17 fall, på eftermiddag var det 7 fall, på kvällen var det 14 fall och på natten var det 24 fall.

Klagomål och synpunkter

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

De klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten via patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg och/eller från patient/närstående utreds och svar skickas till den som har inkommit med yttrandet.

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. (Underlag Patientsäkerhetsberättelse enligt SKR.)



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

I patientsäkerhetsanalysen har det identifierats brister i struktur för arbetet, samt kunskap och förståelse för arbetet med patientsäkerhet. Det är angeläget att få ihop helheten i kvalitetsäkerhetsarbetet inom HSL, SoL och LSS. Vårt teambaserade arbetssätt är i sig en utmaning, men arbetssättet är också en möjlighet för att öka brukar- och patientsäkerheten. Målet är att höja kompetensen hos enhetschefer, ledningsteam och enheter i god säkerhetskultur. En lärande organisation där information och ny kunskap når fram är kvalitetsskapande. Riskanalysarbete ska bedrivas på varje enhet.

Resultat från Tandvårdsenheten 2022

Målsättning

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 20 år får intyg om Nödvändig tandvård.

Resultat

Antal Intyg om nödvändig tandvård är 811. Antal invånare över 20 år är 31 465 personer. Vilket ger en procentsats på 2,58 %. Inom äldreboende har 312 intyg om nödvändig tandvård, i övrig verksamhet(LSS och enskilt boende) har 499 personer ett intyg.

Antal munhälsobedömningar som är gjorda är 283, varav 250 på särskilt boende. Munhälsobedömningar är gjorda på alla särskilda boenden. Inom LSS och enskilt boende har 33 munhälsobedömningar utförts.

Utbildning till vård- och omsorgspersonal har skett i 22 timmar, som 99 personal har deltagit i. Det är Drömstan, Tolsjö hemvård, Örslösa hemvård, Bräddegården och Tolsjöhemmet som har haft utbildningar.

Säkra vårdövergångar

In- och utskrivningsprocessen

Ökad samverkan i in- och utskrivningsprocessen behövs. Behov av att optimera process och struktur på hemtagandet från kommunen både på särskilt boende och i ordinärt boende.

Vi ställer numera krav på att sjukhuset ska ha överfört epikriser och läkemedelslistor och att vi hunnit kontrollera dem innan vi kallar hem samt att ändringar i Pascal ska vara gjorda.

Kontroller och resultat:

Avvikelse rapportering mellan vårdgivare.

- Avvikelse rapportering mellan vårdgivarna sker i Med Control Pro sen 2021-01-01. Antalet avvikelser som 2022 skickades från Lidköpings kommun till andra vårdgivare var 85 stycken. Av dem var 76 avvikelser till SkaS. Till Närhälsan, Privata vårdgivare och Regionhälsan skickades sammanlagt 9 avvikelser.

Avvikelserna har handlat om att: Epikris och läkemedelslista är felaktiga eller inte är klara i tid vid utskrivning. Datum för utskrivningsklar flyttas ofta och sent. Att viktig information kommer sent. Att avstämningsmöten sker med andra patienter i rummet. Att personer, även en suicidal skickas hem utan avstämningsmöte eller något meddelande till kommunen. Vårdbegäran skrivs av kommunen inför öppenvårdsbesök, men de besvaras sällan.

- Från andra vårdgivare skickades det 32 avvikelser på den vård som kommunen bedriver. Sjukhuset har skickat 23 av dem, från Närhälsan och Habiliteringen har det kommit 9 avvikelser.

Avvikelserna har handlat om att: Kommunen har inte använt checklistan. Att undersköterskor som skickar in patienter utan att sjuksköterskan har gjort en bedömning och inte kontaktat avdelningen innan vid öppen retur. Enhetschef har kallat hem sent, men ej ringt sjukhuset för att uppmärksamma detta. Avstämningsmöten har bokats sent utan att meddela sjukhuset.

Mätning av korrekta läkemedelslistor och läkemedel vid hemgång från sjukhuset

- Mått och mål. En mätning gjordes 17/10-30/10 för hela Skaraborg av hur många som har korrekta läkemedelslistor med sig hem från sjukhuset. 2022 var det 72 % som hade en korrekt läkemedelslista med sig. En förbättring jämfört med 2021 då det var 65 %. När en läkemedelslista skickas innan patienten kommer hem är 77 % korrekta, när de måste eftersökas efter det att personen har kommit hem är endast 54 % korrekta. Det mättes också hur många som hade läkemedel med sig när det var överenskommet att det skulle skickas med, 85 % hade korrekta läkemedel med sig.

Ställningstagande till kommunal hälso- och sjukvård

- Bedömningsteamet bedömer om personer har behov av kommunal hälso- och sjukvård eller inte. Under 2022 har 967 ärenden handlagts av bedömningsteamet, av dem har 46 % skrivits in. År 2021 var det 745 ärenden.

Mätning av vårdbegäran vid kontakter med andra vårdgivare

- Vårdbegäran. En mätning har gjorts i Skaraborg vecka 38 av hur många som har en vårdbegäran när de kommer in till sjukhuset av de som har kommunala insatser. För de som har kommunal hälso- och sjukvård har 86 % en ifylld vårdbegäran med beskrivning av hälsotillstånd och kontakter. Av dem har hälften ett aktivitets- och funktionsstatus ifyllt.

Beläggingsstatistik på sjukhus

- Antal dagar som personer från kommunen är kvar på sjukhus efter utskrivningsklar har i snitt för Lidköping legat på 0,5–0,7 dagar under september - november. En sammanlagd vårdtid var på 5 dagar i Skaraborg i november. I Skaraborg togs 72–77 % av patienterna hem samma dag som de var utskrivningsklara under september till november.

Akuta oplanerade transporter till sjukhus

- Akuta oplanerade transporter mättes v.12–19 i Skaraborg. Av de 90 besöken på akutmottagningen var 28 % läkarbedömda innan. På vardagar mellan kl.8-17.00 har 58 % åkt in till akutmottagningen. Bedömningsinstrument, BViS har använts vid 56 % av de tillfällen som sjuksköterskan har varit med i beslutsfattandet.

Säker vård här och nu

Pandemin

Bakgrund: Ett coronavirus som kan orsaka svår luftvägsinfektion sprids pandemiskt. Virusets namn SARS-CoV-2 och sjukdomen benämns covid-19. Covid-19 ingår sedan den 2 februari 2020 i smittskyddslagens allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Covid-19 slutade att klassas som allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom från 1 april 2022.



Uppdatering av gällande rekommendationer

De rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gett ut och de rutiner som Smittskydd Västra Götaland har publicerat har hela tiden följts av verksamheten. De har omedelbart skickats ut till alla chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Dialog kring innehållet sker med områdeschefer och sjuksköterskor. Frågor från verksamheten besvaras snarast via mail och telefon. Ledningsteamets sprider innehållet i verksamheterna. "Att göra listan för enhetschef" har uppdaterats fortlöpande när rutiner från smittskydd har förändrats.

Informationsspridning

I början av året hade enhetscheferna för sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska varje morgon Skypemöte med alla sjuksköterskor för att ha en uppdatering om läget och hur det ska hanteras. Detta har sedan minskats till 1–2 gånger/vecka. Nya rekommendationer och rutiner har gått igenom och verksamheten har kunnat ställa frågor om hur de ska tillämpas.

Vårdhygien och smittskydd i Skaraborg har varje till varannan vecka möte med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Skyddsutrustning

Tillgången på skyddsutrustning har varit god under hela 2022. Under större delen av året har source control legat på nivå 1, som innebär munskydd vid allt brukarnära arbete som är närmare än två meter. En kort period i början av sommaren var det inga krav på munskyddsanvändning. Vid smitta eller misstänkt smitta med symtom används munskydd och andningsskydd. Periodvis har source control nivån 2, som innebär att munskydd används kontinuerligt av all personal i vårdlokaler varit det som gällt. Besökare och patienter erbjuds munskydd, som de rekommenderas att använda under hela besöket.

Provtagning av brukare/patienter

Provtagning vid symtom hos brukare/patienter har fortsatt under hela året. Screening vid inflyttning eller hemkomst från sjukhus till särskilt boende avslutas under hösten.

Personalprovtagning

Egentester av personal i kommunens regi upphör. Provtagning av personal sker fr.o.m 1 april 2022 endast vid symtom. Det sker först på den vårdcentral, som man är listad, men sedan går det bra med vilken vårdcentral som helst. I undantagsfall vid större utbrott kan personal utan symtom provtas.

Smittspridning

Under januari till mars finns det hela tiden smittade fall i verksamheten, ibland upp till 25 samtidigt. Antalet sjunker snabbt i april och v.19-24 finns ingen smittad brukare/patient. Enstaka fall under sommarmånaderna. I oktober ökar antalet och ett särskilt boende får många smittade. I november är det knappt någon smittad, men i december ökar det till upp till 25 samtidigt. De flesta som insjuknar får lindriga symtom.

Vaccination

Vaccineringen mot Covid-19 sker enligt de faser som Folkhälsomyndigheten har beslutat. Kommunen vaccinerar de som bor på särskilt boende och de som har kommunal hälso- och sjukvård och deras hushållskontakter. Under året har en fjärde och en femte dos mot covid-19 erbjudits och administrerats till de som har kommunal hälso- och sjukvård.

Är vården säker idag

Personalbrist pga pandemin och andra övre luftvägsinfektioner har periodvis lett till stora svårigheter att bemanna. Det har blivit övertid, rutinerade vikarier och insatser, som inte har kunnat genomföras som planerat.

Tillsyn från IVO

Den 1 juli 2021 skickade IVO en begäran till kommunerna angående en uppföljande tillsynsinsats. IVO kommer att följa upp den tillsyn som gjordes med anledning av covid-19-pandemin under 2020 och som fokuserade på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO).

En sammanställning med en kortfattad beskrivning av resultat från aktuella tillsynsområden kom 2022-12-16 från IVO. De kommer under början av 2023 att göra ett tillsynsbesök, där en mer utförlig återkoppling görs över områden som behöver förbättras. De kommer att träffa brukare, patientansvariga sjuksköterskor, sektorschef, verksamhetschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Innehåll i sammanställningen

Individuell bedömning och kompetens

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar av patienters hälsotillstånd, på SÄBO, görs av den personal som har lägst kompetensnivå. Faktorer som bland annat påverkar är sjuksköterskans ansvarsområde samt tillgången till läkare.

Kontinuitet och dokumentation

IVO konstaterar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Faktorer som bland annat påverkar risken är antalet sjuksköterskor som dokumenterat i patientens journal samt avsaknad av vårdplan för patientens vård och behandling.

Läkemedel

IVO konstaterar att det finns brister i läkemedelshantering för patienter på SÄBO. Faktorer som bland annat påverkar risken är förekomsten av läkemedel som bör undvikas för äldre och

avsaknad av läkemedelsgenomgångar. Avsaknad av tillräckliga förutsättningar att genomföra delegerade uppgifter såsom iordningställande av dosett och subkutana injektioner.

Vård i livets slutskede

IVO konstaterar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede. Faktorer som bland annat påverkar är brist på dokumenterade brytpunktssamtal samt avsaknad av planering av vården i livets slutskede.

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.

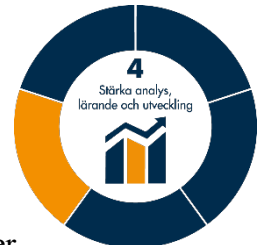
De avvikelser och synpunkter som skulle kunna vara risk för en vårdskada utreds och återkopplas till de som har skickat dom eller där de har uppstått. Det gäller både internt och mellan olika vårdgivare. De interna tas upp i berörda personalgrupper med en dialog för att viktiga lärdomar ska kunna erhållas. Detta leder till förbättringsåtgärder och möjlighet att se det inträffade ur fler synvinklar.

Stärka analys, lärande och utveckling

Grundprincipen är att avvikelsen utreds lokalt inom varje enhet/område. Den legitimerade personal som tjänstgör dokumenterar i Procapita och gör en analys av omedelbart behov åtgärder.

Enhetschefen tar upp avvikelser och händelser med omvårdnadspersonalen och legitimerade för fortsatt analys av händelsen och åtgärder för att förhindra upprepning. Det är viktigt att lärdomarna över vad som har hänt, orsakerna till avvikelsen och vilka åtgärder som krävs för att förhindra att en upprepning sker återförs till verksamheten.

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.



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.

För att planera för patientsäkerhet i framtiden har en plan för kvalitets- och patientsäkerhet tagits fram, från vilken åtgärder prioriteras och tas med Områdesplanerna i uppdragsdialogen.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen speciellt rehabiliteringsplaner och vårdplaner, vårdplanerna framförallt i palliativ vård.

Implementera och fortsätta utvecklingen av ”Plan för samverkan mellan regional och kommunal primärvård” för att öka och säkerställa läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård, speciellt ställningstagande till palliativ vård och brytpunktssamtal, samt öka antalet medicinska vårdplaner i ordinärt boende.

Fortsätta att öka användningen av beslutsstöd vid bedömning av en patients tillstånd.

Öka antalet individuella riskbedömningar och registreringar i Senior Alert.

Munvårdens betydelse i dagligt omvårdnadsarbete och munhälsobedömningar i palliativ vård, behöver stöd. Ta del av statistik från tandvården om antal med nödvändig tandvård, antal munhälsobedömningar och antal utbildningar i munhälsa för att se var insatser behövs.

Stödja enheternas arbete med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom utbildningar och mätningar, se lokal rutin.