



LEKSANDS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse

för Leksands kommun

År 2023



Datum 2023-02-28, rev 23-04-10
Ansvarig för innehållet
Teresia Karlsson, Verksamhetschef enligt HSL
Jonathan Wigert, MAS
Helena Sandberg, MAR
Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Vårdgivaren, Kommunstyrelsen i Leksands kommun, är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, i vilket ingår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker vård kan upprätthållas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.



Källa:

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

Innehåll

Inledning.....	2
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	7
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare.....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Egenkontroller	10
Basala hygienrutiner	10
Analys.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	22
Säker vård här och nu	22
Riskhantering	22
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	23

SAMMANFATTNING

Sammanfattning av Patientsäkerhet i Leksands kommun 2023:

Under 2023 har Leksands kommun systematiskt arbetat med förbättringsåtgärder över alla områden för att stärka patientsäkerheten i kommunen. Ett stort arbete har varit att förbättra det förebyggande arbetet i ordinärt boende.

En central del av detta arbete har varit att genomföra regelbundna riskbedömningar med hjälp av Senior Alert, vilket har möjliggjort tidig upptäckt och åtgärd av potentiella hälsorisker för äldre invånare.

En annan viktig åtgärd har varit att genomföra fortbildningar för personal inom demensvård. Genom att utbilda och stärka personalens kompetens har Leksands kommun strävat efter att säkerställa en hög standard av vård och omsorg för personer med demenssjukdomar. Detta arbete har inkluderat att uppnå stjärnmärkning för hemtjänsten, vilket ytterligare stärker kvaliteten och säkerheten i de tjänster som tillhandahålls.

Ett återkommande arbete kring nära vård har även gjorts inom ramen för samarbetsprojekt med vårdcentralen för att främja god och nära vård. Denna gemensamma satsning syftar till att stärka samverkan mellan olika vårdnivåer och därigenom förbättra den övergripande vården för kommunens invånare. Detta samarbete utgör en nyckelkomponent i arbetet för att säkerställa högkvalitativ vård och ökad patientsäkerhet. Flera projekt planeras startas under 2024.

Ett särskilt projekt riktat mot att bekämpa ensamhet har också initierats, med målet att förbättra det sociala stödet för äldre personer och därmed minska risken för psykosociala problem. Genom detta initiativ har kommunen strävat efter att skapa en mer sammanhållen och stödjande gemenskap för sina äldre invånare med förhoppning om att projektet fortsätter 2024.

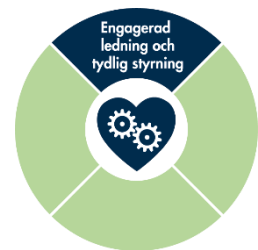
Trots framstegen under 2023 förblir vissa utmaningar oförändrade när vi går in i 2024. Dessa utmaningar kan omfatta komplexiteten i att hantera äldre invånares hälsotillstånd, samt behovet av att anpassa sig till föränderliga omständigheter och nya utmaningar inom äldreomsorgen. Det fortsatta engagemanget för patientsäkerhet och förebyggande åtgärder kommer att vara avgörande för att möta dessa utmaningar och säkerställa en trygg och kvalitativ vårdmiljö för invånarna i Leksands kommun.

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 §

En säker hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Ingen patient ska drabbas av vårdskada inom vård och omsorg.

Ett ökat förebyggande arbete inom ordinärt boende.

Mål och strategier för 2023 ska delvis vara samma som under 2022.

Förbättra kvalitén av vården vid livets slut.

Fortsätta utveckla arbetssätt med riskbedömningar senioralert med vårdplaner.

Ökad livskvalité för personer med demenssjukdom.

Öka följsamhet av nationella riktlinjer och ordinerade åtgärder av legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

En välfungerande avvikelseprocess för att minska avvikelser inom kommunens verksamheter.

Organisation och ansvar

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

I Leksands kommun är Kommunstyrelse vårdgivare. Vårdgivaren ska utse verksamhetschef, Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) och frivilligt Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att ansvara för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsenheten har under 2023 utökats med och tagit över ansvar för korttidsboendet med ny chef. Det är 33 sjuksköterskor, fem arbetsterapeuter och fem fysioterapeuter som har patientansvar och leder hälso- och sjukvården i kommunen.

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschefens (för hälso- och sjukvård) uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Den medicinskt ansvarig sjuksköterskans (MAS) ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)

- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, (MAR) har ett ansvar som motsvarar MAS enligt hälso- och sjukvårdsförordningen.

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig re- och habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt att ha anmälningsskyldighet i tillbud.

Från och med år 2024 kommer MAR uppdraget ligga på MAS.

Enhetschefen ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer, vårdförlopp och rutiner som beslutats.

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

Avdelningschef har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet i verksamheten och att verksamheten ska hålla en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt vara kostnadseffektiv. De ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

Funktioner med spetskompetens

Det finns hälso- och sjukvårdspersonal med specialistkompetens eller annan spetskompetens med uppdrag att driva utveckling inom olika områden. Dessa funktioner har stor betydelse för att upprätthålla kvalitet och kompetens i verksamheterna och är ett viktigt stöd för ledning, chefer och samtliga medarbetare för en god och säker vård. Funktion och uppdrag beskrivs nedan.

Demensjuksköterska Arbetar som ett stöd till verksamheterna. Driver utvecklingsarbetet gällande demens i kommunen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att nå en sömlös vård utan avbrott för den enskilde krävs och genomförs samverkan med fler vårdaktörer både internt och externt.

Intern samverkan

- Teammöten
- Brukare/patient och deras anhöriga/närstående och legala ställföreträdare.
- Förtroendevalda mellan myndighetsutövning och utförarna
- Mellan verksamhetsområdenas olika enheter

Extern samverkan

God och nära vård

Under det gångna året har återkommande samverkansmöten ägt rum mellan kommunen och regionen med fokus på att främja god och nära vård. En av de prioriterade grupperna har varit patienter som bor i sina hem och får hjälp med läkemedelshantering. En undersökning av dessa patienter har genomförts av läkare vid vårdcentralen. Resultaten av undersökningen har pekat på flera områden där förbättringar är nödvändiga för denna målgrupp, och det finns ett behov av fortsatt samverkan för att adressera dessa utmaningar. Som en konsekvens av detta planeras att ett gemensamt projekt inom detta område ska påbörjas under 2024.

Hjälpmedelshantering

Region Dalarna och Dalarnas kommuner har en gemensam nämnd för hantering av hjälpmedel, Hjälpmedelsnämnden. Regionen driver verksamheten och en organisation för samverkan och delaktighet på olika nivåer är upprättad. MAR och alla kommuner medverkar i Medlemsrådet och tre kommunrepresentanter ska utses till Beredningsgrupp hjälpmedel.

Nätverk för medicinskt ansvariga

Under året har nätverket för medicinskt ansvariga i länets kommuner sammankallats till webbaserade och även fysiska samverkansmöten. Fokus har varit att samordna och samverka kring frågor som varit aktuella i verksamheterna. Nätverket är styrgrupp för KKHS (Kunskapscentrum för kommunal hälso- och sjukvård) och får kontinuerligt stöd av vårdutvecklare från Högskolan Dalarna.

Samverkan vid utskrivning från slutenvården

Vårdplatser inom slutenvård saknas och patienter skrivs ut med skyndsam planering utan tydliga åtgärder för primärvården. Möjligheten till tidig, intensiv rehabilitering försämras av brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter i främst Regionen. Behovet av fler gemensamma planeringar, SIP, Samordnad Individuell Plan, i hemmet har uppmärksamats som en åtgärd för att förhindra återinläggningar. Hemgångsteam skulle kunna trygga vårdkedjan.

Samarbetet med primärvården har stärkts med bland annat veckomöten.

- Samverkansavtal angående läkarbemannning för kommunens särskilda boende har uppdaterats under året
- Avtal med smittskyddsenheten sektion för vårdhygien har uppdaterats under året

- Samverkansavtal om hjälpmedelshantering finns mellan Leksands kommun och Region Dalarna via DHC, Dalarnas hjälpmedelcenter

Folktandvården

Avtal med folktandvården finns kring uppsökande verksamhet och munhälsobedömningar. Vid den uppsökande munhälsobedömningen ges instruktioner till patient och omvårdnadsvårdpersonal/anhörig. Denna instruktion är den praktiska delen av den munvårdsutbildning som ges till all vårdpersonal. Samtidigt upprättas en individuell munvårdsplan, som ska finnas tillgänglig för berörd personal.

I samband med de förebyggande besöken i ordinärt boende har flera tandvårdskorts skrivits av uppsökande sjuksköterska. Tandhälsan har förbättrats i detta område.

Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Överenskommelsen ”Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel” gäller och efter implementeringsinsats har slutrapport återkopplat länschefsnätverket. Fortsatt ansvar för dokument och funktionsbrevlåda finns i kunskapsstyrningsstrukturen hos Lokalt Program Område, (LPO), Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, (RHF). MAR har medverkat i hela processen och kommunerna har nu två ledamöter i LPO RHF.

Samverkan med Regionens slutenvårdsrehabilitering fortsatte under våren men har nu ersatts av samverkan i LPO RHF, Lokal arbetsgrupp kring lagen om Samverkan vid Utskrivning från Slutenvård, (LAG SUS) och specialitetsgrupp fysioterapi och arbetsterapi. Magisterutbildning i fysioterapi inbjuder också till nära samverkan.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten har haft en bra driftstatus av journalsystemet Procapita/Life Care. De mindre avbrotten har inte orsakat någon skada utan främst skapat irritation. Verksamhetssystemet ökar patientsäkerheten genom att dokumentation finns tillgänglig mobilt och fler personal kan ta del av viktig dokumentation på rätt plats i rätt tid. På särskilt boende har nu legitimerad personaldirektåtkomst till omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Det finns IT beredskap på obekvämt arbetstid.

Kommunen är en av 30 kommuner i landet som fortsatt lämnar/producerar information till nationell patientöversikt(NPÖ).

Loggkontroll

Loggning har skett under året av alla enhetschefer och verksamhetschef HSL samt MAS enligt rutin två gånger per år. I år har ingen avvikelse noterats.

Granskning av dokumentation sker enligt en mall några veckor 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.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har påbörjat inventering enligt den nationella handlingsplanen, det jobbet behöver fortsätta och med större representation från verksamheten.

Teamsamverkan och strukturerade riskbedömningar som följs upp är något som vi frekvent lyfter och påminner om i verksamheterna.



Nedanstående åtgärder har skett under året:

- Kompetensutveckling hos legitimerade enligt årshjul
- Årshjul för arbetsterapeuter och fysioterapeuter
- Planerat och erbjudit olika utbildningar till omvårdnadspersonal
- Fokuserat på åtgärder efter bakomliggande orsak enligt uppdaterad fallrutin
- Erbjudit personal i ordinärt boende en storföreläsning av Lisa Andersson i ett rehabiliterande förhållningssätt
- Samarbete internt och externt vid utskrivningsprocessen från sjukhus
- Fortsatta teammöten på särskilt boende med fokus på individuell genomförandeplan (IGP), riskbedömningar, levnadsberättelse och avvikelser
- Att tydligare upprätta, uppdatera och följa upp vårdplaner
- Dialog utifrån resultat av efterlevandeenkät med legitimerade och ombudsrollerna i palliativ vård
- Att fortsätta använda NVP, nationellt vårdprogram vid palliativ vård. Den legitimerade personalen har i sina team fått arbeta med att upprätta vårdplaner för arbetet med personcentrerad och teambaserade åtgärder vid vård i livets slutskede
- Att hitta rutiner för teammöten i ordinärt boende där vi kan arbeta riskförebyggande
- Stjärnmärkt hemtjänst

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.

En tydlig plan för fortbildning och kompetensutveckling har implementerats genom ett årshjul där sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter med särskild kompetens utbildar varandra i 8 utvalda ämnen månadsvis. I samband med fokusmånaden sker även utbildning till en utvald EC samt ombud i verksamheten. Rutiner och arbetssätt uppdateras.

Systematisk och återkommande utbildning för omvårdnadspersonal till kvalitetsombud finns i områdena Rehabilitering/hjälpmiddel, palliativ vård, psykisk ohälsa, kost, inkontinens, vitala parametrar.

Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och rehabassistent har fyllt på med förflyttningkunskap genom deltagande i tredagars extern utbildning.



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.



Generellt gäller för samtliga verksamheter och alla medarbetare att samarbeta med patienter och anhöriga. Det gäller i det dagliga arbetet att lyssna på och ta hänsyn till anhöriga som en expertresurs. Att vara uppmärksam och lyhörd på olika behov som kan ändras över tid. Vi ska ge tydlig information om vad som finns att tillgå och samverka med övriga verksamheter.

När en person flyttar in på boende finns rutiner och stödmaterial för välkomstssamtal och vårdplanering för att lära känna den enskilde, dennes anhöriga och planera för den vård och omsorg som personen har behov av. Syftet är att insatserna ska utföras så att de tillfredsställer de behov som finns och på det sätt som den enskilde önskar. Uppföljning av planeringen görs kontinuerligt. I samband med att en händelse utreds som kan innebära risk för eller allvarlig vårdskada informeras alltid den enskilde och vid behov även anhöriga. De informeras också om händelsen anmäls vidare till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO eller annan myndighet för vidare utredning (lex Maria), vad utredningen visat och vilka åtgärder man vidtagit.

Anhöriga ska efter samtycke erbjudas kunskaper om den sjukdom/funktionsnedsättning som den närstående har. Vi ska erbjuda tydlig information om vart stöd, vård och omsorg finns. De ska kunna känna trygghet med vården och omsorgen för den närstående. De ska bemötas med respekt, vänlighet och intresse överallt där de kommer i kontakt med vård- och omsorgsgivare.

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.

Egenkontroller

Syfte är att enhetscheferna får en bild av hur rutiner efterlevs och att de vid behov kan sätta in åtgärder där brister framkommer. Egenkontrollerna har även ett värde i sig, då egenkontrollerna håller frågan om rutiner levande i verksamheterna.

Basala hygienrutiner

Verksamheterna har jobbat med och haft utbildningar under året i basala hygienrutiner.

Egenkontrollerna har resulterat i att rutiner för punktdesinfektion har upprättats samt säkerställt att medarbetare har tillgång till materiel för att upprätthålla basala hygienrutiner inne i lägenheterna på särskilt boende.

Kohortvård har vid behov införts inom alla verksamheter för att stoppa smittspridningen.

Sedan ett år tillbaka mäter vi team i enheterna arbetar systematiskt med BHK.

Hygienrond

En gång per år ska enhetschef tillsammans med hygienombud utföra hygienrond. Hygienrond har påbörjats under året 2023 och kommer fortsätta 2024.

Enhetschefer tillsammans med medicinskt ansvariga behöver skapa ett strukturerat arbetssätt för hygienrond. Under året är detta delvis utfört.

Punktprevalensmätning av basal hygien och klädregler PPM-BHK

Den nationella punktprevalensmätningen PPM-BHK mäter följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler via observationsstudie. Den är avsedd som stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till basal hygien. Vi har börjat registrera följsamheten i den nationella databasen under 2022.

Analys

Basala hygienrutiner kommer fortsättningsvis att vara ett av de prioriterade områdena för egenkontroll under 2023. Återkommande självskattningar och observationer av omvårdnadspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner behöver genomföras för att säkerställa följsamhet till basal hygien.

Verksamheten brister i två av åtta moment. Spritning av händer in på rummen och användning av skyddsförkläde. En förbättring av resultaten har skett men det är uppenbart att åtgärderna inte är tillräckliga. Målet för följsamhet till basala hygienrutiner är 70 procent för året och nuvarande mätvärde är 40 procent.

Journalgranskning

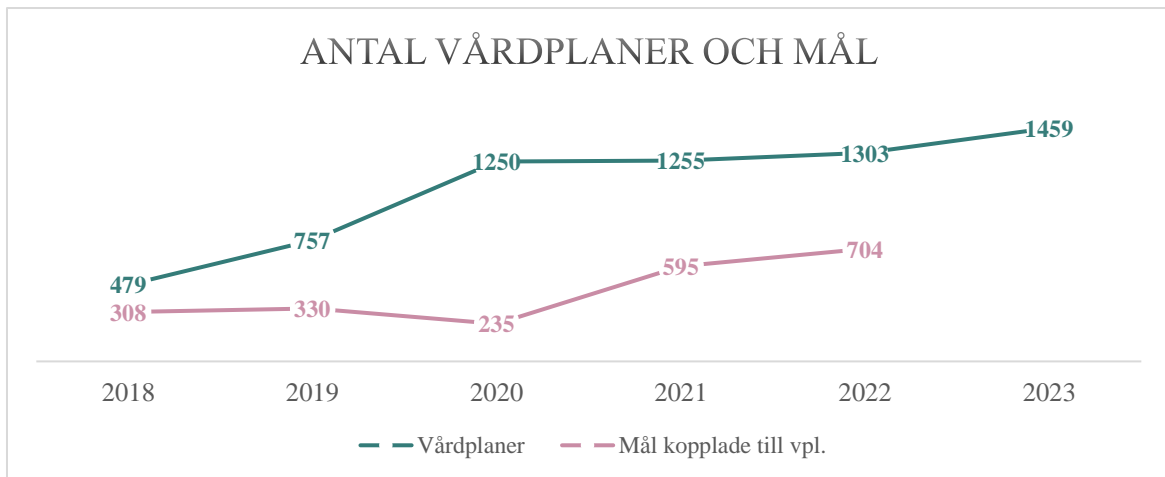
Ett gediget arbete kring dokumentation har fortsatt under året. De lyckosamma åtgärder kring regelbunden utbildning för legitimerad personal & introduktion för nyanställda har haft goda effekter.

Ett dokumentationsteam har utbildats av MAS bestående av sju legitimerade. De har fått regelbunden utbildning och deltar i journalgranskningar. Antal vårdplaner och mål har ökat sedan denna satsning från 479 2018 till 1497 2023

MAS under året genomfört återkommande journalgranskningar.

Resultatet av granskningen visade att uppföljning av åtgärder och måluppfyllelse i vårdplaner förbättrats betydligt. Inaktuella vårdplaner avslutas oftare. Uppföljningarna har blivit bättre av framförallt legitimerad personal. En tydlig beskrivning av vem/var/hur/när uppgifterna ska utföras av finns.

Att ha mål med vårdplaner är också något som mäts. Detta för att planen inte bara ska vara något personalen kopplar till utan det ska regelbundet följas upp. Dessa har ökat från 308 mål till 704 år 2022.



Att dokumentera rätt är viktigt inte bara för legitimerad personal utan även för att få ut information till personalen som jobbar närmast patienten. Det är ett redskap att båda lära och utbilda. Den totala dokumentationsbelastningen har ökat. Det kan vara för att verksamheten utbildat inom dokumentation men kan även bero på ökat antal patientjournaler. Totalt skrivs cirka 21 tusen texter mer år 2022 än vad som gjordes år 2018. Verksamheten har inte tagit fram någon data för år 2023.

Palliativvård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet i Leksands kommun att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där man vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får det stöd dom behöver är viktigt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med Palliativa ombud statistik ur palliativregistret regelbundet och presentera denna på verksamhetsmöte för legitimerad personal. Ansvariga sjuksköterskor för palliativ vård ska analysera statistiken och lyfta fram förbättringsområden som vi ska arbeta mera med.

För att kunna kvalitetssäkra vården i livets slut har, förutom statistik från palliativa registret, verksamheten skickat ut en enkät till alla efterlevande. Den visar att man som närstående i mycket stor utsträckning är nöjd med vården, informationen och bemötandet från omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare.

Verksamheten har separat journalgranskat antal dokumenterade brytpunktsamtal och uppdaterat samverkansrutiner tillsammans med vårdcentralen 2023.

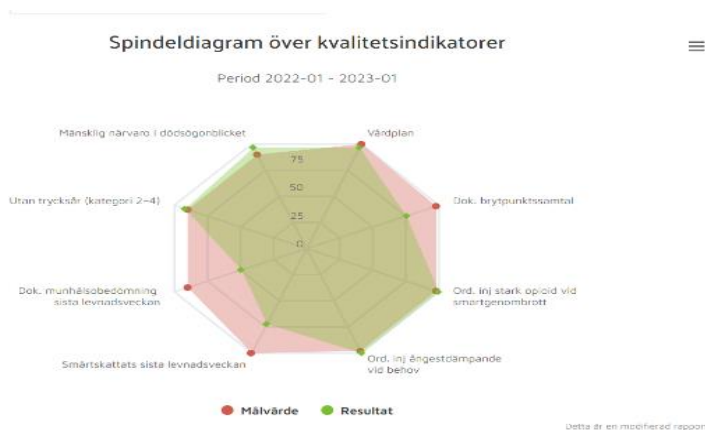
Sjuksköterskorna erbjuder alltid ett efterlevandesamtal några veckor efter dödsfall. Det finns ett bestämt tillvägagångssätt för hur ett efterlevandesamtal ska genomföras. Rutinen är känd och har inte använts av sjuksköterskor på särskilda boenden på grund av pandemin. Det är oklart om någon verksamhet har gjort detta under pandemin.

Verksamheten använder NVP (nationell vårdplan) det är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till

lindrande/ stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. Statistik från palliativregistret finns presenterat under resultat.

Resultat och Analys

2022



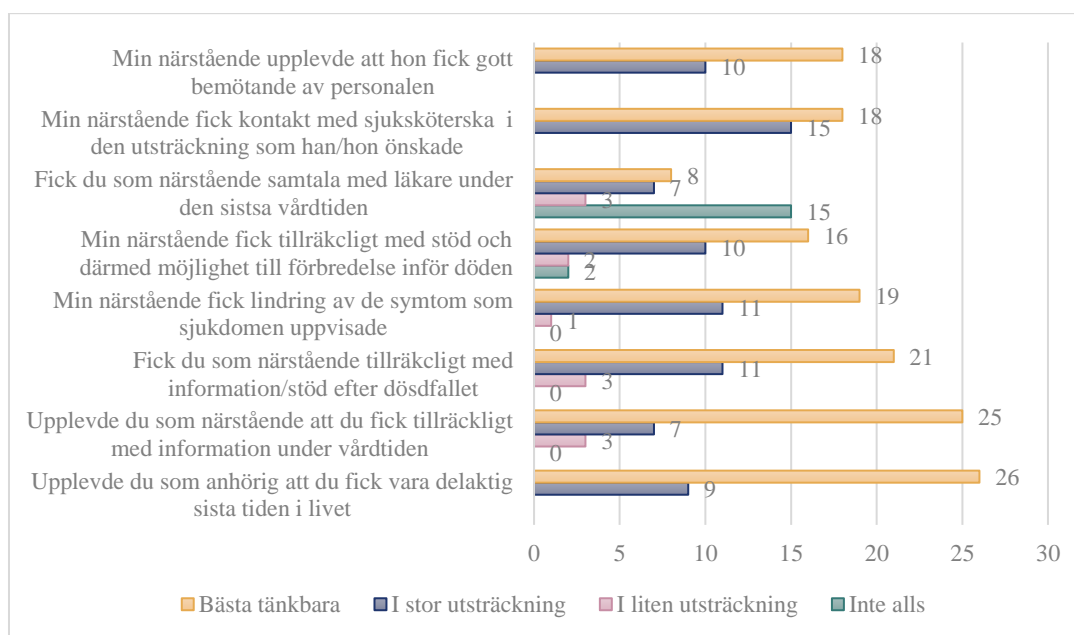
2023



Den palliativa vården har fortsatt att utvecklas utifrån svenska palliativregistrets (SPR) kvalitetsindikatorer men alla målvärden uppnås inte i verksamheten. Som föregående år förekommer brister i användandet av smärtskattningsinstrument, brytpunktsamtal samt munhälsobedömning. Men en tydlig förbättring har skett. Enhetschefer och legitimerad personal behöver systematiskt jobba med resultat från palliativregistret och säkerställa teamsamverkan samt att personal har kompetens inom palliativ vård.

Detta görs bland annat genom att enhetschefer numera deltar på ombudsträffar. Att teamsamverkan sker mellan ombud, sjuksköterska och enhetschef. Vi behöver fortsätta jobba systematiskt kring detta.

Resultat och analys efterlevande enkät



Analys

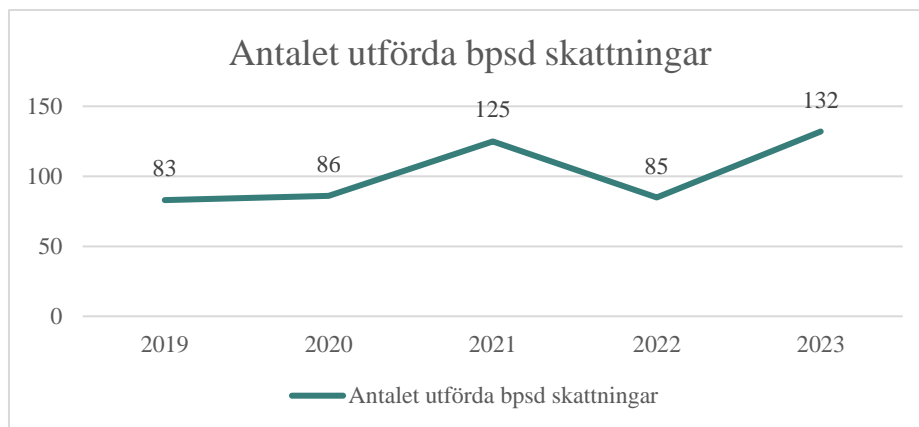
34 efterlevandenkäter har inkommit under året. Målet är att över 90% vara nöjda i stor utsträckning eller bästa tänkbara med den palliativa vården i kommunen. Denna målsättning är uppnådd.

Demensvården

Demensvården inom kommunal verksamhet står inför många utmaningar, särskilt med den ökande förekomsten av demenssjukdomar i samhället. Utvecklingen präglas av en ökande andel äldre i befolkningen, vilket leder till fler som drabbas av demenssjukdomar och därmed ökad belastning på vårdsystemet. Flera satsningar har gjorts på detta under året i ordinärt boende har satsningar på demenssturer fortsatt. Utbildningsinsatser har utförts hemtjänsten är numera stjärnmärkt hemtjänst inom demensområdet vilket innebär att personalen får fler verktyg för att hantera demenssjuka personer i hemmet. På säbo fortsätter samma utbildningsmodell som tidigare år med utbildningsinsatser för både sjuksköterskor och demensombud flera gånger per år.

Kvaliteten på demensvården följs i egenkontroller bestående av statistik från databasen och verktyget BPSD. Enhetschefer, sjuksköterskor och ombuds upplevelser att jobba med registret. Verksamheten har även gått med i ett nytt kvalitetsregister Swedem som syftar till att utveckla demensvården mer övergripande på enheterna.

Resultat och analys



Antalet utförda BPSD skattningar i särskilt boende har ökat i år. Skattningar har följts upp i och med nätverksträffar för ombud goda erfarenheter har delats. I journalgranskningar konstateras att antalet vårdplaner där sjuksköterska involverats ökat betydligt de senaste åren. Troligtvis på grund av utbildningar för sjuksköterskor i journalföring men också att sjuksköterska ombud arbetar mer i team kring planer för patienternas vård.

Upplevelsen hos personal är fortsatt att det saknas avsatt tid för att arbeta kring dessa planer och ej heller helt klart hur dessa förankras ut till alla personal som arbetar kring patienten.

I dagsläget bor ca 100 personer med demensdiagnos på våra särskilda boenden. Målet är alla dessa personer ska få 2 skattningar per år. Till året är detta till 66% uppnått.

Kost

Ett god näringstillstånd ökar förutsättningar för äldre personer att klara sig på egen hand i det egna hemmet och ha en god livskvalité

Dock är det idag vanligt förekommande att äldre hemmaboende och på särskilt boende utvecklar undernäring. Det medför negativ påverkan på livskvalité och både fysiskt och psykiskt lidande. Följderna kan bland annat vara förlust av muskelmassa, försämrat immunförsvar, försämrad sårhäkning, ökad trötthet, inaktivitet och förvirring.

På särskilt boende har två av våra boenden infört en måltidsordning sedan några år tillbaka med syfte att stärka aktivitet och ge en mer näringsrik kost. Nattfastan mäts två gånger per år.

Resultat och analys

I ordinärt boende har risk för nutritionsproblem riskbedömts systematiskt under året med hjälp av senior alert. Konstateras kan att 73 % av de boenden har risk för undernäring och har fått åtgärder insatta. På särskilt boende görs detta systematiskt och åtgärder sätts in och följs upp på alla boenden. Nattfastan har mätts under året och enheterna har jobbat med sina resultat. Ingen sammanställning har gjorts men målet är att 90 % ska ha en nattfasta på under 11h.

Ytterligare rutiner för att systematiskt följa nutritionsproblematik inom ordinärt boende behöver införas under 2024.

Kontinens

Kontinensarbete är avgörande inom äldreården av flera skäl. För det första bidrar det till att bibehålla en hög livskvalitet för äldre personer genom att främja deras självständighet och välbefinnande. Genom att arbeta med kontinens kan man förebygga och hantera problem relaterade till urininkontinens och avföringsinkontinens, vilket minskar risken för hudskador, infektioner och psykologiskt obehag.

Dessutom kan kontinensarbete bidra till att minska bördan på vårdpersonal och vårdsystemet genom att minska behovet av kontinuerlig tillsyn och hantering av inkontinensrelaterade problem. Det frigör också tid och resurser som kan användas för att tillhandahålla andra vårdtjänster och stöd till äldre.

Sammanfattningsvis är kontinensarbete viktigt inom äldreården eftersom det främjar livskvalitet, självständighet och välbefinnande hos äldre personer samtidigt som det minskar bördan på vårdpersonal och vårdsystemet.

Resultat och analys

Kontinensarbetet har gått framåt systematiskt under året. Antalet personer som får en utredning och korrekt utprovning av skydd har ökat från ett fåtal 2020-21 till ca 60 % år 2023. Kostnaderna och storleken på skydd kvarligger som tidigare år. Målet är att öka produktkunskap, toapassningsrutiner och därmed uppnå målet om minsta möjliga skydd och ökad självständighet hos våra brukare.

Säkerhetsrund av basutrustning och förskrivna hjälpmedel

Verksamheterna ska årligen följa upp medicintekniska produkter gällande spårbarhet, rutiner för hantering och skötsel samt säkerhet. Legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter bistår ombud och enhetschef i arbetet. Under året har säkerhetsrund utförts på några särskilda boenden. Uppföljning av elrullstolar sker kontinuerligt av legitimerade och särskild uppföljning av cyklar har skett på rehabverksamhetens initiativ. Besiktning av fasta installationer, sängar och personlyftar har utförts av Dalarnas Hjälpmedelcenter, (DHC).

Totalt under 2022 fanns 1321 hyreshjälpmedel förskrivna, hjälpmedel som sårforebyggande madrass, träningscykel, toalettstol, gåbord, rullstol, el-rullstol, personlyft och överflyttningplattform. 313 hjälpmedel köptes in, varav 205 rollatorer vilket var en minskning med 33 jämfört med 2021

Förflyttningskunskap

Utbildning i förflyttningskunskap av rehabiliteringsenheten har under året erbjudits verksamheterna. Brist på personal har gjort att få givits möjligheten och fler tillfällen har blivit inställda. Tillfällen har genomförts för semestervikarier och nyanställda. Fyra av fem boenden och korttidsboendet har getts utbildning på plats.

Att personal saknar adekvat förflyttningsutbildning påverkar patientsäkerheten och medborgarnas möjlighet till rehabilitering avsevärt. Dessutom påverkar det arbetshälsa, kontinuitet och möjligheten att bibehålla personal. En ökad satsning på grund i förflyttningskunskap, hjälpmedel och rehabiliterande arbetssätt behövs och har i samverkan med EC påbörjats och planeras vidare under 2023

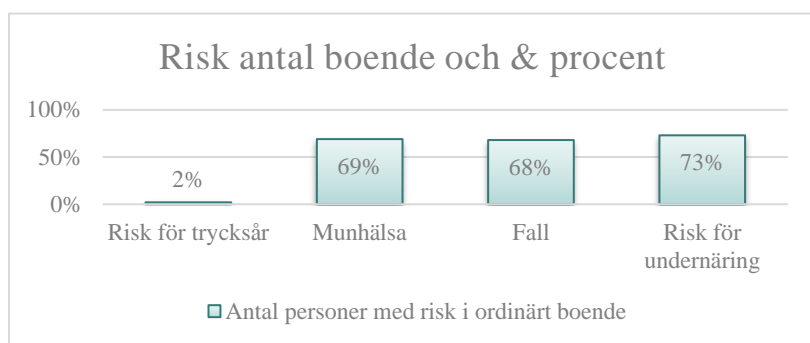
Senior alert

Senior alert är ett riskbedömningsinstrument inom områdena kost, risk för trycksår, undernäring och inkontinens. Det används systematiskt inom särskilt boende även om det inte registreras i registret. Under året har vi börjat riskbedöma systematiskt i ordinärt boende och där lägger vi också in resultatet i databasen.

Resultat och analys

Vid journalgranskningar konstateras att riskbedömningsinstrument används systematiskt i särskilt boende. Åtgärder sätts in vid brister och följs oftast upp. Riskbedömningarna görs vid inflytt och följs upp på teamträffar.

I ordinärt boende har riskbedömningar genomförts på totalt 66 personer.



73 procent har risk för undernäring

68 procent har risk för fall

69 procent har dålig eller risk för dålig munhälsa.

Ett arbete för att systematiskt följa och förebygga ohälsa inom dessa områden behöver fortsätta 2024.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

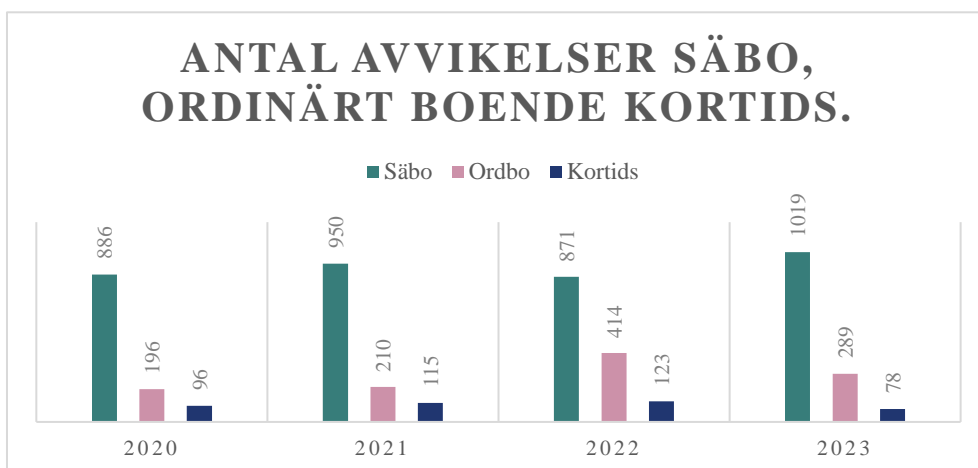
SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

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.

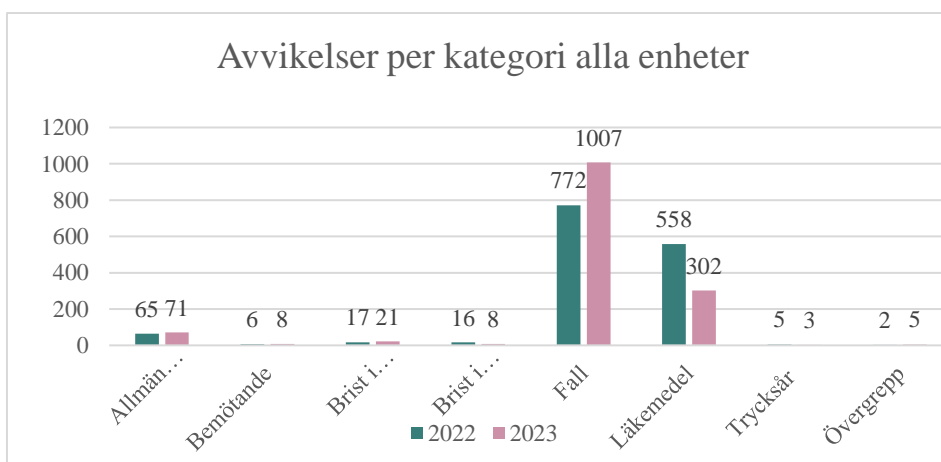




Antal avvikelser för alla verksamheter har sjunkit något under 2023.

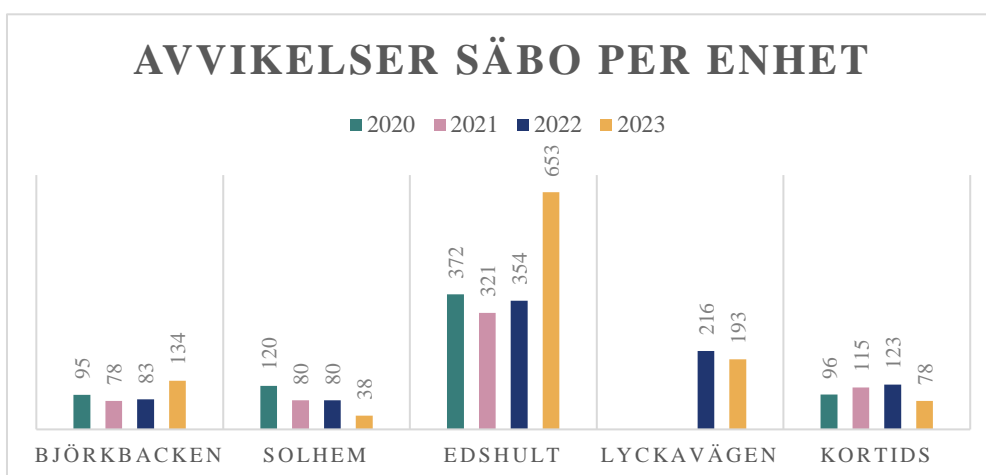
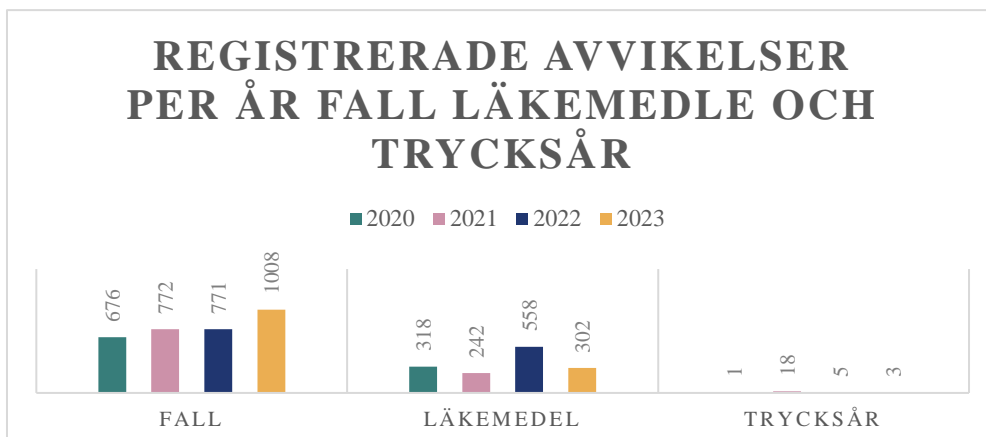


Fördelat per boende. SÄBO står för den absolut största andelen av skrivna avvikelser

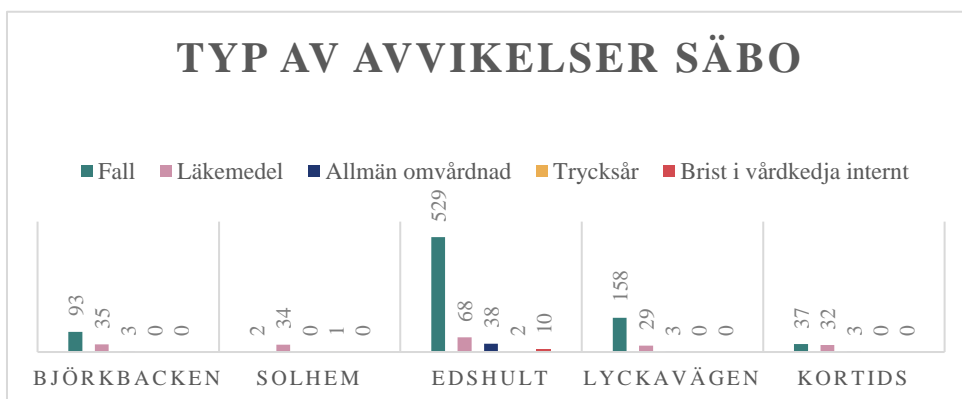


Avvikelser per kategori alla enheter. Fall och läkemedel står för största delen av antal skrivna avvikelser i kommunen.

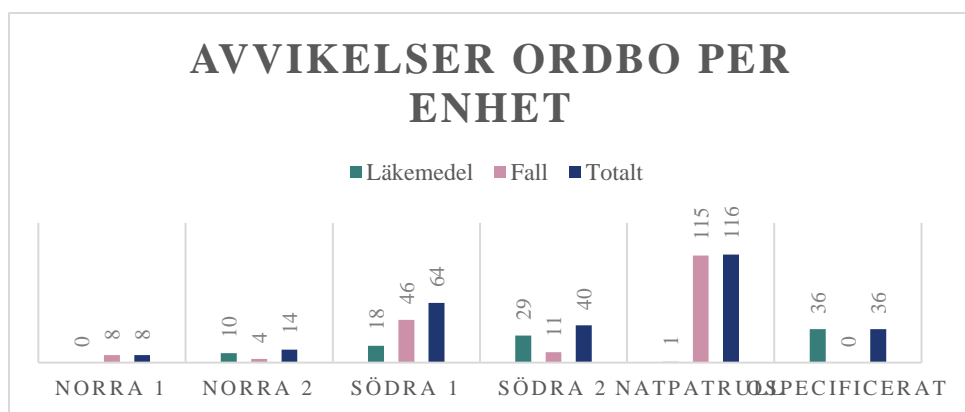
Noterbart är att antalet inrapporterade trycksår sjunker för varje år. En högre systematik av insatta åtgärder men även en viss underrapportering bedöms vara orsaken.



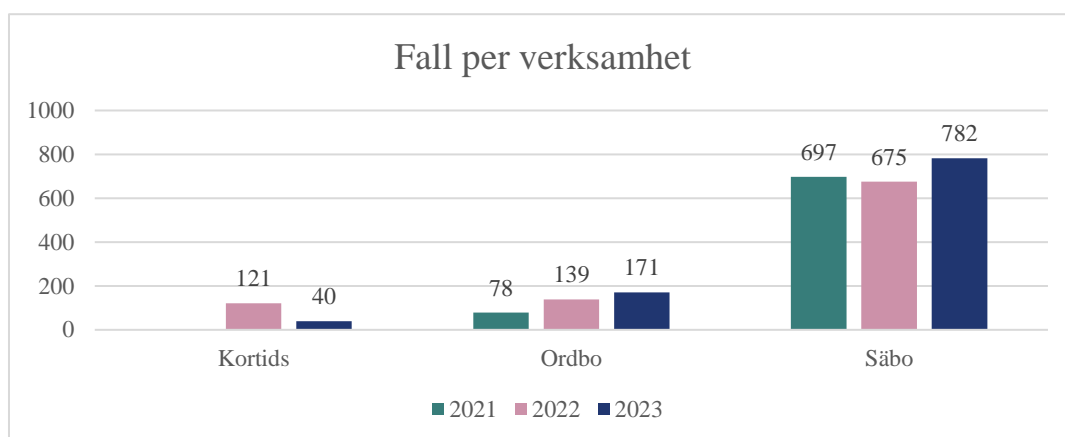
Edshult har klart flest antal skrivna avvikelser. I år beror det mest på att antal fall ökat rejält. Tre boenden står för 190 av de fallen och förklarar ökningen från tidigare år. Hos dessa boenden finns omfattande åtgärdsplaner och utbildningar i fallprevention har genomförts.



En beskrivning av antal avvikelser per boendenhet. Fall och läkemedel står som tidigare beskrivet för medparten av alla avvikelser.



Det finns en tydlig underrapportering av avvikelser i ordinärt boende.



Fall

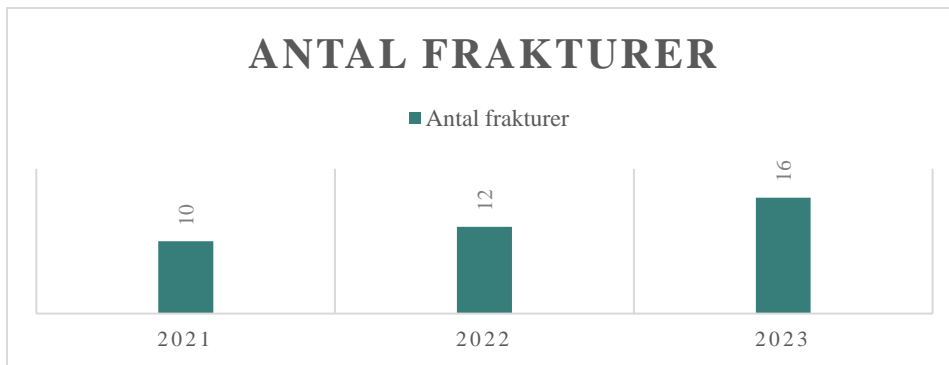
Behovet av att minska antalet fall är nationellt och Leksands kommuns medborgare har en hög andel fallskador som vårdas på sjukhus jämfört med landet 2019. Ett arbete som Region och kommun behöver samverka kring för minskat lidande och död. Kommunerna bär de största kostnaderna efter fallskador.

I särskilt boende finns ett systematiskt sätt att arbeta kring fallskador, gemensamma åtgärder och vårdplaner finns i de alla flesta fall.

I ordinärt boende har ett arbete med riskbedömningar påbörjats under året. Vi erbjuder också fallförebyggade hembesök till de som ansökt om trygghetslarm. Ytterligare projekt kring fall planeras att på börjas under 2024.

Återkommande fallutbildningar har genomförts under året. Rutiner har uppdaterats och förankrats ut i verksamheterna.

Antalet frakturer har ökat under året se nedan tabell.

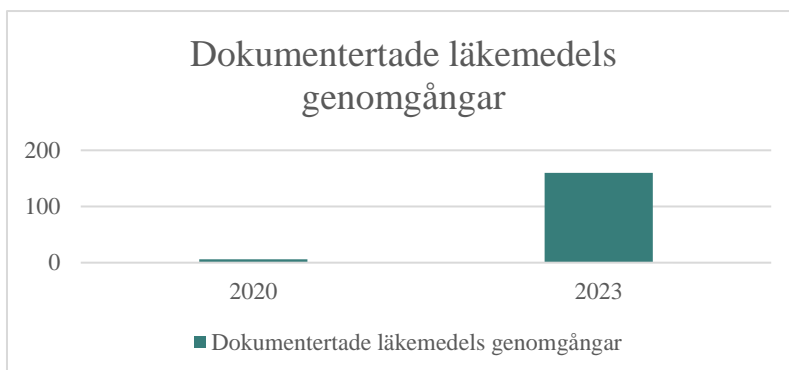


Alla frakturer har analyserats och utretts av MAS. Alla frakturer har adekvata förebyggande åtgärder insatta. Detta är ett nyckeltal som fortsatt behöver följas 2024.

Läkemedel

De flesta avvikelserna sker dagtid, men också en relativt stor del kvällstid. Vanligaste orsaken är att man missat att ge eller glömt. Ett arbete med säker läkemedelshantering har skett under året. MAS har haft utbildning utifrån rutin och det har sedan förankrats ut till verksamheterna av sjuksköterskor.

Läkemedelsgenomgångar har utförts under åren men ej dokumenterats så det är tillgängligt för alla. Från att ett fåtal läkemedelsgenomgångar dokumenteras på rätt ställe 2021 så har i år 160 läkemedelsgenomgångar dokumenterats och utförts på rätt ställe.



Verksamheternas analys

Avvikelsemönstret är liknande som tidigare år. En ökning av antalet fall på särskilt boende förklaras av ett fåtal boenden ramlar väldigt ofta trots omfattande åtgärdsplaner. I ordinärt boende är det en klar underrapportering av avvikelser. Åtgärder för att komma till rätta med detta ska tillgodoses av verksamheten med tätare uppföljningar.

Ett systematiskt sätt att hantera avvikelser finns på särskilt boende även om systemet att skriva avvikelser för hand och att chef sedan ska lägga in dessa i systemet ej är patientsäkert. Ett nytt system för avvikelshantering kommer implementeras under 2024. Utbildningar kommer hållas och en satsning på ökad avvikelsekultur är ett av målen för verksamheten. Målet är en ökad kvalitet på utredningar av avvikelser men även att analysera avvikelser per tertial är ett viktigt arbetsinstrument för att kunna säkra upp god och säker vård över hela året.

60 procent av verksamheterna har i dagsläget analyserat sina avvikelser per tertial. Målet för 2024 är att alla ska göra det och sätta in åtgärder utefter bristområden.

Nivån på utredningar bedöms i många fall som otillräcklig.

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.

Verksamheten kommer fortsätta att lägga stort fokus på systematisk och strukturerad dokumentation under 2023. Det kommer stödja legitimerade och stärka patientsäkerheten genom en sammanhållen och tydlig process för riskbedömning, planerade åtgärder och uppföljning.

Grundutbildning måste säkerställas hos omvårdnadspersonal. Förutom hygien- och delegationsutbildning ska alla som utför omvårdnad ha en grund i rehabiliterande förhållningssätt, förflyttnings- och hjälpmedelskunskap. Ombudsroller ska tydliggöras och fortsatt vara ett gott stöd i verksamheterna.

System för att hantera patientsäkerheten saknas delvis idag. Krav på processtyrda ledningssystem finns sedan fler år tillbaka men har ej införts i Leksands kommun.



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

Vårdgivaren har ett ansvar att förebygga ohälsa inom dessa områden.

Det är i nuläget svårt att göra några analyser av resultatet av de förebyggande vårdinsatserna. I samband med granskningar framkommer det att personalen inom särskilt boende upplever att Senior Alert är ett stöd i det förebyggande arbetet. En del av det förebyggande arbetet är att utreda och stärka personens egna resurser för att bibehålla funktionalitet att vara självständig.

Oberoende av årets pandemi har man inom sociala sektorn lyckats skapa vissa förutsättningar för ett förebyggande arbetssätt med strukturerat tvärprofessionellt samarbete med riskbedömning och uppföljning av åtgärder integrerat med övrig genomgång av patienternas hälsotillstånd och rapporterade händelser (avvikelser).

Resultatet riskbedömningar har inte registrerats under pandemin i Senior Alert men riksbedömningsblanketten har använts som stöd i det förebyggande arbetet.

Dokumentation och uppföljning av planer i journal är ett viktigt stöd i arbetet.



Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

Alla medarbetare ska rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syfte är att upprätthålla en hög patientsäkerhet och förbättra verksamheten.

Verksamhetschef enligt HSL ansvarar för att verksamheten följer de riktlinjer som finns och att medicinskt ansvariga, utan dröjsmål kontaktas vid allvarliga avvikelser. Sammanställning och analys av avvikelshantering ska göras på enhetsnivå samt rapporteras in i procapita i slutet av varje månad. Det saknas enhetlig struktur för regelbunden sammanställning och analys av resultat av avvikelshantering.

I analys av avvikelser ser verksamheten ett ökat behov av att hantera alla avvikelser i ordinärt boende. Mer fokus behövs generellt för att förebygga ohälsa och effektivisera våra insatser i ordinärt boende.

Totalt har verksamheten anmält 1 Lex Maria ärenden under året.

Flera Lex Sara har utretts men ingen har bedömts vara ett allvarligt missförhållande.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål välkomnas, samtliga följs upp och informationen tas på allvar. Hanteringen sker skyndsamt och klagomålet eller synpunkten hanteras så nära berörd verksamhet som möjligt. Om brister identifieras vidtas nödvändiga åtgärder. Alla som önskar kan lämna synpunkter och klagomål tex patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer. Information om möjligheten ska finnas på kommunens hemsida men bör även delges muntligt vid lämpliga tillfällen.

Det saknas en enhetlig struktur över synpunkter och klagomål som inkommer till medicinskt ansvariga. Inkomna synpunkter och klagomål i kommunens egna system redovisas i kvalitetsberättelsen. Inkomna synpunkter och klagomål från IVO och regionen redovisas under resultat.

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.

Att praktiskt träna olika metoder och moment i vården ska vara en självklarhet. Att även träna att hålla bra möten, teamsamverkan och att göra patienten delaktig känns extra viktigt för patientsäkerhet och delaktiga medborgare.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för 2023

Övergripande mål: Ingen patient ska drabbas av vårdskada inom vård och omsorg

Hälso- och sjukvårdsansvar:

- att ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvård tydliggörs hos chefer

Hälso- och sjukvårdsprocessen:

- att förbättra kvalitén av vården vid livets slut
- att fortsätta utveckla arbetssätt med riskbedömningar och proaktivt arbete framför allt i ordinärt boende
- Möta upp med personcentrerad och teamorganiserad vård i hemmet vid identifierade risker som vårdövergång, lindrig sjukdom/skada hos sköra, kronisksjukdom med flera
- att ge ökad livskvalité för personer med demenssjukdom
- att öka följsamhet till nationella vårdförlopp och generisk modell för rehabilitering
- att utveckla verksamheten inför omställningen Nära vård

Systematiskt kvalitetsarbete

- att dokumentation i vården är strukturerad och ett stöd för ökad patientsäkerhet
- att egenkontroller genomförs regelbundet under året för att följa resultat och planera förbättringsarbete
- att kunskapen om avvikelseprocessen utvecklas för att förbättra analys av orsak och åtgärder samt uppföljning av effekt. Vi behöver ett bättre system för att hantera processen

Kompetensstyrning och kompetensutveckling

- att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård

Utmaningar

En nyckel för ökad patientsäkerhet är att bibehålla och kompetensförsörja den personal vi har för ökad patientsäkerhet framöver. Att hitta en kunskapsstyrning som är hållbar och effektiv över alla verksamheter. Att se till att den personal som vårdar våra invånare i Leksands kommun har rätt förutsättningar att kunna göra detta på ett säkert och hållbart sätt utifrån förutsättningar.

Kortare vårdtider, minskat antal vårdplatser och tidigare utskrivningsklara patienter från sjukhusen leder till att medicinska åtgärder behöver tillgodoses på ett annat sätt inom den gemensamma primärvården (kommun och region). I omställningen till nära vård behöver kommuner och Regionen en gemensam och sammanhållen strategi för att säkerställa människors möjliga självständighet genom optimal funktions- och aktivitetsnivå. Nyckelfaktorer är att komma in tidigare med insatser, för att förebygga ensamhet, öka aktivitet.