

# Patientsäkerhetsberättelse för Hälsa och sjukvård LSS År 2023





## 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.



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	7
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
Övergripande mål och strategier .....	7
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	9
En god säkerhetskultur .....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	11
Patienten som medskapare .....	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	15
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	15
Säker vård här och nu .....	16
Riskhantering .....	16
Stärka analys, lärande och utveckling .....	17
Avvikelse .....	17
Klagomål och synpunkter .....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	19

## SAMMANFATTNING

De specifika krav som ställs avseende kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård har varit i focus under årets arbete. Hälso- och sjukvårdsledningen deltog i kompetensutveckling inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid årets första kvartal.

Hälso och sjukvårdsteamet LSS har gjort en analys av patientsäkerheten enligt SKR:s verktyg patientsäkerhetstrappan. Analysen har varit sedan grund för fortsatt behov av förbättringar inom enhetens arbete.

Under året har även ett arbete med kartläggning av hälso- och sjukvårdsprocesser genomförts tillsammans med olika professioner i processverktyget Stratsys. Verksamhetssystemet kommer att användas som stöd i enhetens kvalitetsarbetet med risker, egenkontroller och uppföljningar.

Socialnämnden fick kritik år 2022 i samband med IVO granskning gällande Säbo för äldre inom fyra områden: individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering samt vård i livets slutskede. Handlingsplan upprättades inom områden och focus under året har varit förbättringsarbete utifrån handlingsplanen. På det övergripande nivån har detta arbete även gett Hälso och sjukvårdsteamet LSS en riktning för förbättringsarbete.

Återkommande under de tidigare åren harsvårigheterna gällande dokumentationssystem som inte stödjer legitimerad personal i journalföring lyfts upp som risk. Systemets komplexitet bekräftas även när underlaget som IVO grundade granskningen på var inte komplett, vilket leder delvis till felaktiga slutsatser.

Sammansatt hälso- och sjukvårdsledning, (HSL ledningsgrupp) har bildats för att organisera det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Enhetscheferna med ansvar enligt HSL tillsammans analyser och beslut för vidare arbete inom patientsäkerhet. Verksamhetschef inom ÄO leder gruppen. Mas deltar regelbundet.

Åtkomst till Nationell patientöversikt (NPÖ) kunde genomföras under året vilket innebär framgång gällande sammanhållen vård.

Indikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvård inom Ekerö kommun reviderades under våren och följer i stort de tidigare indikatorer. Uppföljningen framkommer i patientsäkerhetsberättelsen.

Under årets första kvartal tillsattes en ny tjänst, samordningsansvarig sjuksköterska, inom Hälso och sjukvårdsteamet LSS. I uppdraget ingår operativt stöd för teamet, visst patientansvar, utbildningssamordnare roll samt kvalitetsarbete. En medarbetare inom Rehab gruppen har haft i sin tjänst ett ökat ansvar för förflytningsutbildningar och utveckling av dokumentation.

Stenhamra gruppbostad med inriktning autism, öppnades i början av året.

Samverkan är viktig del inom patientsäkerheten både med enhetschefer och stödassistenter inom LSS verksamheter samt med externa aktörer (tex habilitering, hjälpmedelscentral, vårdcentralen samt specialistsjukvård) Tre nya enhetschefer har påbörjat sin tjänst inom kommunens LSS verksamheter och en ny hos extern utförare. Övergång från Attendo till Nytida gällande Roshagens och Solbackens LSS verksamheter genomfördes i början december. Teamet har aktiv nätverk med andra kommunala LSS - hälsa verksamheter via Forum Carpe.

Vårdövergångar från slutenvård då LSS enheternas utrustning och kompetens inte motsvarar det förändrade behovet hos brukaren har varit återkommande riskområde under året. Den äldre målgruppen har ökat behov av basal omvårdnad, hjälpmedel men även av den palliativa vården.



# 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

### Övergripande mål och strategier

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

Socialnämnden har fastställt övergripande indikatorer för hälso- och sjukvården.

Indikatorer för den kommunala hälso- och sjukvården är:

- Hälsöfrämjande åtgärder
- Vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete (trycksår, undernäring, fall)
- Läkemedelsbehandling ska vara säker
- Vid vård i livets slutskede ska god palliativ vård ges

Därtill har Hälso och sjukvård teamet LSS målsättning:

- Den enskilde ska känna sig trygg med den vård och omsorg som erbjuds
- Sammanhållen vård och omsorg
- Jämlig vård
- Hälsopreventivt arbete

Strategier mot målet:

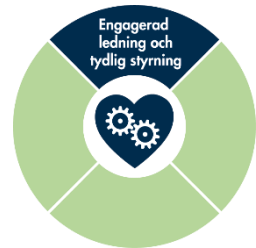
- Personcentrerad vård där den enskildes delaktighet möjliggörs
- Teamarbete
- Adekvat kunskap och kompetens (vetenskap och evidens)
- Strukturering och organisering av kvalitetsarbete
- Nära samverkan med Regionens primärvård och specialistvård
- Årsplanering

### Organisation och ansvar

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade, dagverksamheter och dagliga verksamheter. Kommunens ansvar omfattar hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar. Läkaransvaret åligger Regionen.

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav för god vård.



Verksamhetschef inom Äldreomsorgen tillhör förvaltningsledning och har övergripande ledningsansvar för enhetschef som har delegerat ansvar som verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Enhetschef ansvarar för att vården tillgodoser hög patientsäkerhet utifrån lagar och föreskrifter. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att kvalitetsarbetet integrerats i den dagliga verksamheten. Enhetschef ansvarar även för att medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet, att riktlinjer och rutiner är kända och följs samt att medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunen, patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen, att beslut om att delegera vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, avvikelserapportering och kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad personal) är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och innebär eget ansvar i att fullgöra sina arbetsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan genom delegering överlåta en hälso- och sjukvårdsuppgift till omsorgspersonal. Omsorgspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård.

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Vilket kräver att alla medarbetare har rätt kompetens, riktlinjer och rutiner är kända och följs samt att medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Hälso och sjukvårdsteamet LSS ansvarar för kommunal primärvård inom LSS vilket innefattar sjuksköterske- arbetsterapeut- och fysioterapeutinsatser utifrån den enskildes individuella behov. Ansvaret omfattar cirka 110 personer varav 64 har plats på gruppbostad eller servicebostad, åldern varierar mellan 20–85 år.

Personerna som Hälso och sjukvårdsteamet ansvarar för bor på 11 boendeenheter enligt LSS (5 gruppbostäder och 6 serviceboenden), samt vistas på 7 olika dagliga verksamheter. Insatserna och erbjudandet om hälso- och sjukvård bygger helt på frivillighet och individens fria val av vårdgivare. Individen kan om hen önskar vända sig till husläkarmottagning eller primärvårdsrehabiliteringsmottagning för att få sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosett. Förtaget Big Care har ansvar under jourtid (kvällar, nätter och helger) utifrån ett avtal om sjuksköterskebemanning på jourtid.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Att olika yrkesprofessioner, enheter och aktörer samverkar/samarbetar för att hindra vårdskador eller bristande omvårdnad har en avgörande betydelse för att personer med funktionsnedsättning ska få god vård och omsorg utifrån sina individuella behov. Uppföljning av hur samverkan fungerar sker i olika forum/möten.



- Hälso och sjukvårds ledningsgruppsmöten två gånger i månaden under ledningen av verksamhetschef ÄO
- Samverkansmöten med enhetschefer LSS två gånger per termin
- APT / processmöte varannan vecka
- Rehabmöten tillsammans med all paramedicinpersonal, en gång i månaden
- Avstämningsmöte veckovis för aktuella operativa frågor
- Teamet samarbetar kontinuerligt i det dagliga arbetet med chefer och medarbete inom LSS-verksamhet såväl grupp- och servicebostäder som på daglig verksamhet
- Intern samverkan sker regelbundet även med dietist, anhörigkonsulent samt äldreomsorgens enhetschefer och hälso och sjukvårdspersonal.
- Samarbete med den upphandlande leverantören som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på LSS-verksamhet under jourtid. De hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs under jourtid följs upp genom muntlig och skriftlig överslagning
- Samarbete med husläkarmottagningar, psykiatrienheter i såväl slutenvård som öppenvård, habiliteringscenter samt med många specialistmottagningar.
- Teamet har fått tillgång till NPÖ under året, vilket förstärker samverkan med externa aktörer
- Tandvårdsenheten (SLL, avtal om årliga munhälsobedömningar erbjuds till alla, sjuksköterska får behörighet att utfärda tandvårdsstöd kort efter genomgången utbildning)
- Avtal med Apoteket AB avseende kvalitetsgranskning av läkemedelshandling
- Årligen upprättas överenskommelse med husläkarmottagningar om formerna för samverkan mellan läkare och kommunens hälso- och sjukvårdsteam.
- Samarbetsrutiner med Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Samverkan mellan slutenvård vid utskrivning av en brukare är en betydande risk i patientsäkerheten. Under året har flertal utskrivningar skett direkt till boendeenheter utan överslagning till sjuksköterska. Grupp- och serviceboenden jämföras med Säbo för äldre därmed med att det finns omsorgspersonal dygnet runt på plats. Det finns behov av förbättring i processkedjan gällande medicinsk övertagande som är övertagandet är risk för den enskildes hälsa.

### Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information som behövs i arbetet ska ha ett tillräckligt skydd utifrån de krav som ställs i lagstiftningen (GDPR och patientdatalagen).

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
<b>Pulsen Combine</b>	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning av enhetschef Inloggning SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller v:3:e månad av stab Utskrift behörighet centralt, dokumenteras automatiskt i journalen	Granskning av utförd loggkontroll  Behörighetsgenomgång kvartalsvis och i samband med ny medarbetare eller avslut av medarbetare
<b>Vaccinera; Region Stockholm</b>	Journalföring, uppföljning av utförda vaccinationer.	Behörighetsindelning via vårdcentral SITHS kort krävs	Uppföljning vid förnyelse årligen via läkarorganisation
<b>Pascal, Inera</b>	Föreskrivnings verktyg för läkemedel,	Behörighetsindelning sker i den nationella Ek -Katalogen	Kontinuerligt av ansvarig sjuksköterska Avvikelser

	Utskrift används som ordinationshandling och ingår i journalen inom kommunala hälso och sjukvård.	Säker inloggning med SITSH kort. Utskrift av aktuella ordinationshandlingsversioner förvaras inläst hos den enskilde och flyttas till pappersjournalen vid in aktualitet.	Egenkontroll Riskanalyser Arkivering
<b>Svenska Palliativregistret</b>	Kvalitetssäkra värden i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik
<b>Symfoni, tandvårdssystem, Region Stockholm</b>	Utfärda tandvårdsstödsintyg och registrera erbjudandet till munhälsobedömningar genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort. Kräver även genomfört webbutbildning inför inloggning. Behörighetsfördelning och automatisk gallring årligen.	MAS ansvarar för kontroll för aktualitet gällande medarbetare, och att rätta enheter finns i systemet samt informerar om genomförda /uteblivna munhälsobedömningar gällande upphandlade utförare.
<b>Beställningsportalen</b>	Individuell förskrivning av hjälpmedel.	SITSH kort eller användarnamn/lösenord. Genomfört utbildning och intyg från Socialstyrelsen krävs för inloggning.	Fakturagranskning
<b>Nationell Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog Region Stockholm</b>	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, AlfaCareSignit, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS, kvalitetsregister)	Behörighetsindelning av enhetschef	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras, kvitteras kvartalsvis.
<b>Alfa eCareSignit För digitala läkemedelsigneringslistor och delegeringar</b>	Skapa digitala signeringslistor för läkemedel	Behörighetsindelning av enhetschef till legitimerad personal. Legitimerad personal ger behörighet till övrig personal vid delegering. Inloggning med SITHS kort eller Mobilt BankId, Mobilt Bank Id för omsorgspersonalen Applikationen där signering sker är kopplad till kommunens telefoner som läggs in i systemet av systemförvaltare	Behörighet av legitimerad personal vid anställning Årlig förlängning av legitimerad personal i Ek katalogen (Siths kort) Behörighet efter delegering av omsorgspersonal Årlig förlängning av delegering. Avslutas vid anställningens upphörande.
<b>DF Respons</b>	Rapportering av avvikelser, utredning av dessa Synpunkter och klagomål	Mobilt BankID, behörighetsindelning	Behörighet ges vid anställning Behörighet att arbeta i systemet ges av systemförvaltare till all legitimerad personal utifrån sin roll
<b>NPÖ, Inera</b>	Information av patient från slutna vård	Behörighetsstyrd med inloggning med SITHS kort via individens journal i Pulsen combine Loggkontroll av staben v. 3:e månad	Kvittering av manuella personposter kvartalsvis i EK katalogen.
<b>Sjuktransport, Region Stockholm</b>	Beställa sjuktransport mellan slutna vård och kommun	Inloggning med SITHS kort	Kopplad till SITHS kort, legitimerad personal.

## En god säkerhetskultur

Året har präglats av aktiviteter inom flera områden utifrån patientsäkerhet.

På hälso- och sjukvårdsmöten har vi analyserat vår patientsäkerhet runt läkemedelshandling, nutrition, palliativ vård, psykisk ohälsa, dokumentation, samverka och avvikelser. Det systematiska arbetet har utgått från planering enligt årshjulet och utifrån analys med hjälp av SKR:s patientsäkerhetskulturtrappa



Viktigt forum för att stärka säkerhetskulturen har varit löpande dialog utifrån den enskildes behov av vård och omsorg. Avstämningar mellan sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut och omsorgspersonal sker på enheterna. I det dagliga arbetet har yrkesgrupperna tillsammans utrett avvikelser och identifierat risker och förbättringsåtgärder kopplade till enskilda händelser. Ansvarig hälso och sjukvårdspersonal deltar efter inbjudan av enhetschef från LSS verksamhet. LSS enheternas APT genomförs utan legitimerad personals regelbunden närvaro och därmed även den sammansatt återkoppling av HSL avvikelserna.

Personalen kan reflektera och diskutera över arbetet i möten för de regelbundna brukargenombgångarna men även spontana möten används för reflektion. Ambitionen finns att skapa ett klimat där vi lär oss tillsammans.

Den digitala läkemedelsignerings systemet Alfa SignIT ger en möjlighet till omedelbar /daglig uppföljning av läkemedelsadministrering. Den dagliga överblicken innebär många regelbundna kontakter / dialoger med sjuksköterskan och möjliggör informationsbyte. Det innebär även minskad antal avvikelser när det gäller utebliven medicin eller utebliven signering.

All personal har tillgång till det digitala verktyget för att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Information om rapporteringsskyldighet ges årligen samt vid introduktion och vid de årliga delgeringsutbildningarna. Avvikelse rapporteras av personal som identifierar risken /avvikelsen och de deltar i arbetet tillsammans med enhetschef och legitimerad personal med risk och händelseanalyser. Hälso och sjukvårdspersonal utreder bakomliggande orsaker, beslutar om och vidtar adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen. Information ges till patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumenteras i journalen att information lämnats.

Det finns ökad kunskap/tillgänglighet att använda det digitala avvikelssystemet men antal rapporterade av avvikelser under senaste åren har varit ungefär samma nivå. Relativt få avvikelserapporteringar kan bero på underrapportering vilket innebär att vi behöver aktivt arbeta med risken underrapportering.

## Adekvat kunskap och kompetens

Under årets första kvartal deltog enhetschef och samordnings sjuksköterska utbildning inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Svårigheter att använda journalsystemet Pulsen Combine som stöd i arbetet har präglat även detta år. Medarbetarna inom HSL har deltagit i extern utbildning gällande ICF och KVÅ inom kommunal hälso och sjukvård (Socialstyrelsen) Samtal och råd om bra matvanor (Socialstyrelsen)

Hälso och sjukvårdsteamet har deltagit i nätverket och utbildningar inom olika professioner via Forum Carpe

Nätverksträff med arbetsterapeuter inom LSS i Stockholm län har förekommit 1 gång/termin, för erfarenhets- och kunskapsutbyte. Arbetsterapeut har deltagit i lokalt FAR-ledarnätverk, i syfte att underhålla och förbättra samarbetet mellan receptförskrivare och aktivitetsarrangör lokalt på Ekerö.

Handledarutbildning för legitimerad personal, Pysiotrack nytt digitalt program för träningsövningar, Webinarie: Obesitas och bemötande, Hjärt- och lungräddning, Psykisk ohälsa och IF, Bildprogrammet Pictogram, Känslor & stress & trauma vid Autism och ADHD, Socialstyrelsen Ett fall för teamet

Sjuksköterskor har haft kompetensutvecklande utbildningar enligt: Fokus Funktionshinder, Obesitas, Psykisk ohälsa och IF, Autism och ADH och Suicidprevention.

Samordnande sjuksköterska går även en utbildning som sträcker sig från 2023–2024 Arbetsledarakademin.



HLR utbildning har erbjudits till samtliga enheter inom LSS. Samtliga medarbetare inom Daglig verksamhet har genomfört utbildningen. Stor del av medarbetarna inom grupp och serviceboende har fått utbildning av samordningsjuksköterska.

En ny klinisk utbildningslägenhet, som nyttjas av personal som arbetar med vård och omsorg inom Ekerö kommun, har rustats upp och invigts under året. Denna har använts för att säkerställa patientsäkerheten t. ex genom utbildningar inom delegering och tekniska moment i vården. Exempel på utbildningar: sondmatning, förflyttningutbildningar, delegeringar av olika vårdinsatser.

SBAR Metoden har introducerats till en arbetsgrupp inom LSS av ansvarig sjuksköterska.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Den enskildes självständighet, delaktighet och trygghet är centrala mål inom LSS enheterna och i hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. I samråd med den enskilde utformas och genomförs hälso och sjukvården.

Målgruppen kan ha svårigheter att ta del om hälsorelaterad information.

Att skapa delaktighet kräver kännedom om den enskildes behov, kapacitet och situation. Att identifiera och undanröja hinder i patientdelaktighet samt agera i rätt tid med optimerad intervention är medveten strategi i teamets arbete. Vilket innebär bland annat att information och samtycke säkerställs med individanpassad med kommunikations stöd och kognitivt stöd.

Samtycke inhämtas vid informationsöverföring mellan övriga vårdgivare samt om information får lämnas till anhörig/närstående. Den enskildes deltagande vid hälsogenomgångar samt läkemedelsgenomgång möjliggörs. Skriftlig information om hälso- och sjukvårdspersonalen finns på enheterna för den enskilde och anhöriga. Anpassad information ges till den enskilde vid samband av vårdåtgärder / sjukhusbesök.

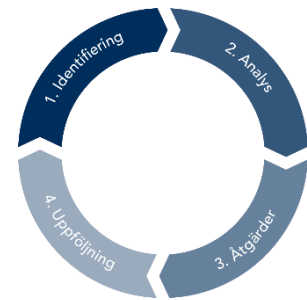
Återkommande uppföljningar görs tillsammans med den enskilde gällande medicintekniska hjälpmedel. Den enskilde har möjlighet för besök på hjälpmedelscentralen och rehabilitering tillsammans med arbetsterapeut. Cirka 20 besök på hjälpmedelscentralen har genomförts av brukare tillsammans med arbetsterapeut.



# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Under 2023 påbörjat arbete med verktyget Agera för säker vård i syfte att arbeta systematiskt inom olika fokusområden gällande patientsäkerhet.



## ADL bedömningar

**Mål:** ADL bedömningar erbjuds för individer för att kartlägga och identifiera behov av arbetsterapeutiska insatser hos den enskilde. Bedömningen inkluderar både personlig vård och instrumentell ADL

**Resultat:** Individer med behov av arbetsterapeutiska insatser har genomgått ADL bedömning (där det har varit möjligt genomföra)

**Analys:** Viktigt att den enskilde är delaktig och bedömningen bidrar den enskildes självständighet

**Åtgärd:** Vi kommer behöva göra behovsinventering av olika funktionsbedömningar på individnivå

## Förflyttningskunskap

**Mål:** All anställd omsorgspersonal ska ha erbjudits förflyttningsutbildning.

**Resultat:** Till stor del har personalen genomgått förflyttningsutbildning.

**Analys:** Andelen personal som utbildats i personförflyttning har ökat från förra året. Vi behöver olika typer av utbildningar.

**Åtgärd:** Förflyttningsutbildningarna pågår nu som vanligt efter pandemin och kommer förhoppningsvis kunna ge plats för samtlig omsorgspersonal de närmaste åren. Vi behöver förbättra logistiken för att alla får utbildning vid anslutningen tillträde till arbetet.

## Uppföljning av hjälpmedel

**Mål:** Hjälpmedel bland patienter på grupp och serviceboenden ska följas upp årligen. Samtliga hjälpmedel registreras och märkning ska finnas för spårbarhet samt för ordning och reda.

**Resultat:** Samtliga hjälpmedel av grupp och servicebostäderna har hjälpmedel följts upp.

**Analys av resultat:** Uppföljning av hjälpmedel i denna omfattning, har släpat efter under pandemin. Det har också varit byte av personal vilket fördröjt uppföljningen.

**Åtgärd:** Rehabenheten fortsätter att lägga lite extra tid för uppföljning av samtliga förskrivningar på grupp- och servicebostäder för att få den större genomgången gjord. Läger in uppföljningen i årshjulet.

## God läkemedelsbehandling

**Mål:** Alla patienter som har läkemedel ska erbjudas läkemedelsgenomgång 1 gång/år.

**Resultat:** Alla brukare som har läkemedel har erbjudits läkemedelsgenomgång enligt rutin.

**Analys:** Orsaken till att alla inte fått läkemedelsgenomgång är ibland att patienten inte vill.

**Åtgärd:** Teamet kommer fortsätta med nära samarbete med ansvariga läkare. Avstämning årligen med vårdcentralerna, samverkans överenskommelse.

## God läkemedelshantering

**Mål:** Lokala rutiner och processer är uppdaterade utifrån nya arbetssättet

**Resultat:** Externa apoteksgranskning visar god följsamhet gällande lagrum och författningar inom enhetens läkemedelshantering

**Analys:** Förnyelse av läkemedelsrutinen på övergripande nivå har fallit väl ut samt tidigare årsrapport har lett till förbättringsarbete.

**Åtgärd:** Önskemål att få granskning under första delen av året 202

## **Säker delegeringsförfarande**

**Mål:** Säkra delegeringar

**Resultat:** Vi har genomfört 107 digitala och individuella delegerings test från Apoteket

**Analys:** Testerna tillsammans med utbildningsmaterial och brukargenomgångar har visat sig vara en god strategi för säkra läkemedelsdelegeringar.

**Åtgärd:** Teamet kommer fortsätta med digitala delegeringstester till nyanställda och vid förnyelse av delegering; uppföljning av delegering kommer att ske med en annan test och metod.

## **Signering av läkemedel som egen kontroll**

**Mål:** Samtliga brukare har fått läkemedel vid rätt tidpunkt

**Resultat:** Andelen signerade insatser i Alfa Sign är ca 97 % vilket bedöms vara bra resultat. Antal utförda insatser år 2023 är 49 780 Innanför gränsvärdet är 75,7 %. Utanför gränsvärde är 22,7%. Ej utförda insatser är 1,5%. Därtill finns två enheter där man inte kan följa signeringar i realtid.

**Analys av resultat:** Det visar på att många insatser sker under delegering av sjuksköterska och att det önskade värdet om signerade insatser nås, dock en stor del utanför gränsvärdet.

**Åtgärd:** På enheter med bristande resultat har chefer haft genomgång av rutinen med sin personalgrupp. Några chefer har samtal/påminner löpande sin personal. Ansvarig sjuksköterska kontaktar enskild personal för samtal och utredning varför insats ej blivit utförd inom tidsramen,

Läkemedelsinsatser dokumenteras oftast som de ska, den enskilde självbestämmande påverkar delvis för att läkemedel inte ges i tid. Det finns även en viss fördröjning maa driftstörningar.

Men även felaktigt arbetssätt påverkar i avvikelsen i tidsramen. Dock möjlighet att följa upp i realtid ger mycket bättre insyn av det dagliga arbetet

**Åtgärd:** Ytterligare uppmärksamma rutinerna inom läkemedelshanteringar. Uppföljning av delegeringsbeslutet behöver stärkas. Vi behöver visa statistiken till personalen som har delegering för att öka förståelse och skapa samsyn utifrån den individuella brukaren.

Den strukturerade delegeringsutbildningen leder till förbättringen inom området.

## 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 §*

Under året har händelseanalyser genomförts vid avvikelser tillsammans med legitimerad personal, omsorgspersonal och ledning i det digitala rapporteringsverktyget. Inga allvarliga händelser enligt Lex Maria har inträffat. Utökad utredning har behövts vid samband av utskrivning från slutenvård då överrapportering har saknats till legitimerad personal.

Det finns flertal tillfällen då den enskildes utökade vårdbehov har varit risk för säker vård på boende enheten. Dessa situationer har krävt utökande resurser och kompetenshöjning inom mycket kort tid.

Vi har identifierat behov av att utredningsförfarandet kring avvikelser behöver förbättras likaså tydlighet vid återkopplingar gällande inträffade händelser.

Den återkommande svårigheten med vissa fallincidenter är kopplade kognitiv svikt och oförmåga att hantera hjälpmedel vilket leder till risk som är svårt att förebygga utan begränsningsåtgärder



## Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso och sjukvårdsteamet LSS har arbetat systematiskt med att stärka patientsäkerheten genom att säkra upp processer, rutiner och kompetens.

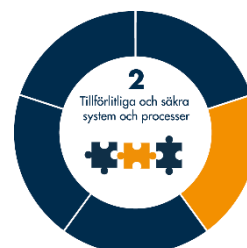
**Informationsöverföring vid vårdövergångar** är ett område där risk för utebliven information kan ha allvarliga konsekvenser för patientens hälsotillstånd. Under året har tillgång till NPÖ underlättat möjlighet att bevaka viktig information. Fortsatt arbete behövs genom nära samverkan med myndighet och slutenvård.

**Riskbedömningar** av med åldrande målgrupp är och kommer vara aktuella.

Under året har särskilt fokus varit inom risk för undernäring och rutiner och arbetssätt med nutritionsproblem har implementerats inom Hälso och sjukvårds teamet LSS.

**Kontroll av medicintekniska produkter (MTP)** i grupp- och servicebostäder och dagliga verksamheter: Rehab personalen inventerar och kontrollerar lyftselar 2 gånger per år. Avhjälpande underhåll och reparationer av övriga medicintekniska produkter sker efter behov i samråd med hjälpmedelscentral. Inventeringarna syftar till att säkra patientsäkerheten i samband med användningen av de medicintekniska produkterna. Utöver Hälso och sjukvårdsteamets inventeringar ansvarar LSS-verksamheterna för årlig service och funktionskontroller på inhyrda eller inköpta produkter i sin verksamhet dvs personlyftar och vårdsängar

Medicintekniska hjälpmedel: arbetsterapeut/ sjukgymnast informerar, utbildar och följer upp användandet av medicintekniska hjälpmedel och gör individuella riskbedömningar av hjälpmedel så att de används på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Spårbarhet säkerställs genom att alla hjälpmedel som förskrivs eller köps registreras både i brukarens hälso- och sjukvårdsjournal samt i hjälpmedelsförteckning. Samtliga hjälpmedel har ett individnummer eller inventarienummer. I förteckningen framgår bland annat typ av hjälpmedel, placering, inköpsår och kontroller.



Funktionskontroller sker och alla lyftselar kontrolleras och dokumenteras var 6:e månad, enligt regelverk EN ISO 10535:2007

Arbetsteknisk utrustning så som elektriskt höj- och sänkbara vårdängar samt personlyftar besiktigas 1 gång per år av behörig tekniker

Hälso och sjukvårdsteamets målgrupp har många olika hälsoområden som verksamheten behöver ha kunskaper om och fördjupa sig inom.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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



Fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten pågår. Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbetet. Arbetet stärks genom att Hälso och sjukvårdsteamet tillsammans har bred kompetens med öppen kommunikation.

Journalssystemet Pulsen Combine kräver mycket kunskaper, utbildningar och stöd för säker journalföring. Enhetlig dokumentation kräver att alla förstår programmets uppbyggnad för att kunna dokumentera bedömningar, planeringar och åtgärderna med efterföljande uppföljningar. För att säkerställa patientsäkerhet behövs en parallell planering vilket medför risk för utebliven dokumentation. De akuta händelserna kräver dokumentation omgående och när det saknas enhetligt arbetssätt finns risk att inte kunna få överblick av individens situation och de genomförda insatserna för att kunna följa upp.

Identifierad risk finns när enhets/ omsorgspersonalen gör egna bedömningar och egna beslut utan att kontakta legitimerad personal. Kompetens och ansvarsmedvetande krävs hos alla medarbetare för att förebygga risker i kommunikation. Nära samarbete med enhetscheferna inom LSS är framgångsfaktor.

Risk för underrapportering finns och det har framkommit till personalens kännedom avvikelser där rapport saknas: till exempel ingen kontakt tagen med sjuksköterska efter den enskilde har kommit hem från slutenvård, hudrodnad har inte rapporterats, vilket har lett till försenade åtgärder, vissa fallhändelser rapporteras endast i det digitala systemet inte direkt till rehab personalen.

När det gäller MPT, uppmärksammas eventuella fel och brister av brukarens stödperson. Information om vikten av att identifiera risker ges regelbundet av arbetsterapeut och sjukgymnast.

Arbete med enskilda individer med problem inom missbruk, hot och våld, självskadebeteende, ångesttillstånd och ätstörningar är ett område som kräver mycket kompetens och proaktivt arbetssätt för att kunna minimera risker.

Alla vårdgivare använder inte ordinationsverktyget Pascal vilket innebär risk då olika ordinationer inte finns i samma underlag.



## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården.

### Avvikelser

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



Vid en avvikelse eller vid risk för en avvikelse ska detta omedelbart rapporteras till tjänstgörande legitimerad personal för bedömning av åtgärder. Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Medarbetaren som har uppmärksammat avvikelsen uppmanas att rapportera avvikelsen digitalt via DF Respons eller via avsett blankett.

Vid rapportering av avvikelse skickar systemet mejl till enhetschef (LSS verksamheter) som utser utredaren/utredarna som arbetar med händelseanalys och dokumenterar åtgärderna. Vilket innebär att vid kvällar, nätter och helger sker det omgående rapportering /bedömning av avvikelsen per telefon med jourssjuksköterska.

Uppföljning av avvikelser och vidta åtgärder sker i olika forum: HSL möten, enhets möten och på APT i mån av verksamhetens prioriteringar.

Medarbetarna och legitimerad personal har viktigt roll i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde informeras om händelsen och om de vidtagna åtgärderna av HSL personal / enhetschef.

Type av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar
Fall	24 (14)	Teamarbete med sjuksköterska, stödperson och rehab. Fokus på förebyggande arbete. Genomgång av händelser för att öka medvetenhet gällande risk för fall.
Läkemedel	59 (60)	Digitalisering av signeringslistor, Delegeringsutbildningar och kunskapstest hjälper till i medvetenhet för korrekt läkemedelshandling. Egen kontroll av signeringslista för administrering av läkemedelslista är utförd. Samt att säkerställa att aktuell receptutskrift från ordinationsverket Pascal finns hos den enskilde.
Trycksår	1	Införande av bedömning av risk för trycksår, upprättande av vårdplaner.
Medicintekniska produkter	4 (4)	Ökad medvetenhet gällande ansvar i hantering av hjälpmedel och följsamhet för instruktioner. Ny bedömning gällande rörelselarm. Inventering av medicintekniska produkter. Kassering och förnyelse av hjälpmedel
Övrigt	1	Gäller personal på LSS enhet där personal saknat delegering och risk för att ingen kunde ge läkemedel om brukare hade fått ett epilepsianfall.
Information, kommunikation, samverkan	6	Gäller överföring av journal gällande brukare som flyttat till ny enhet. Samverkan med systemförvaltare.
Självskadebeteende	1	Brukare har dragit ut sin PEG, personal har agerat adekvat och satt in ny direkt för att förhindra att ingång läker igen.
Mat och måltider	1	Samverkan med PAL och dietist.
Bemötande	1	Samtal med gällande personal om avvikelsen. Skett ett missförstånd mellan jourssk och stödassistenten.

Analys av avvikelser:

I parentes syns förra årets antal avvikelser inom respektive område.

Ökat antal av avvikelser av fall med jämförelse av år 2022, detta kan dels bero på att personalen inom LSS har påmint om att avvikelse föra fall, dels på grund av att gruppen inom LSS åldras.

Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser är ungefär samma som föregående år. När det gäller läkemedelshändelser är det vanligast med utebliven dos eller sen signering. Som huvudorsak anges att personal inte följer gällande rutiner. Flera förbättringsområden framkommer.

Bland annat att följsamhet till rutinerna kring överlämnade av läkemedel behöver öka. Samt att dessa avvikelser går igenom tillsammans med ansvarig sjuksköterska på till exempel enheternas APT.

Vissa riskobservationer behöver beaktas och samverkas om på ledningsnivå för att i framtiden inte ställas inför vårdskador. Detta gäller framför allt kategori övrigt då till exempel bemanning eller kompetens leder till risk inom hälso och sjukvården.

LLS boende inom extern regi har egna avvikelssystem vilket leder till att personalen rapporterar endast i dessa och rapporten kommer inte till legitimerad personal. Samma gäller medicinsigneringar då dessa enheter har egna rutiner parallellt med Hälso och sjukvårsteamets rutiner.

Vidare om jämförelse sker med år 2022 så ser vi att avvikelse om doser som levererats sent inte finns som avvikelse år 2023. Ny leverantör fungerar utan anmärkning.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på enheterna.

Hälso- och sjukvårdsteamet LSS har mottagit ett klagomål från personalen på en enhet gällande bemötande från jourhavande sjuksköterska (extern utförare).

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Rutiner och processer runt vårdövergångar behöver fortsätta jobba med.

Informationssäkerhet kräver mer fokus.

Säkra rutiner och arbetssätt under ev. längre driftstopp.

Identifierade områden för att arbeta patientsäkert i framtiden handlar om att tillsammans med enhetscheferna säkerställa vikarierande personalens kunskaper inom basal hygien, rapportering av observationer, vissa enheter den basala omvårdanden, palliativ vård, missbruk och psykisk ohälsa, nutrition och måltiderna, språkkunskaper och läkemedelshantering samt informationssäkerhet.

Informationsöverföring mellan omsorgspersonal och legitimerad personal behöver säkerställas med gemensamt perspektiv och arbetssätt.

Det viktigaste aspekten i arbetet är god samverkan och kommunikation mellan olika professioner och aktörer.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

De områden som är angelägna i patientsäkerhet för kommande år

- Tillförlitliga och säkra processer och rutiner i samordning och informationsöverföring i den nära vården.
- Analyser som möjliggör lärande; uppföljningar av risker, avvikelser och händelser tillsammans med LSS verksamheterna.
- Informationshantering i takt med ökad komplexitet och snabb teknisk utveckling kräver än mer medvetenhet och kunskap kring säkerhet i digitala miljöer.
- Att stödja personer att hålla sig friska genom förebyggande och hälsofrämjande arbete, Strukturerade individuella hälsosamtal kommer att erbjudas systematiskt.
- Adekvat stöd och samverkan vid utskrivning från slutenvård. När det krävs omfattande insatser från hälso och sjukvård inom LSS verksamheterna och det saknas förutsättningar gällande utrustning och kompetens på enheterna sker vågspel inom patientsäkerheten. Personal och tekniska resurser motsvarar inte behovet hos den enskilde.
- Vara en del i omställningen mot God och Nära vård
- Rekrytering av en ny sjuksköterska till teamet
- Applicera mer digitala stöd för systematisk inspektion och registrering av vissa MTP produkter