



BOLLEBYGDS
KOMMUN

**Patientsäkerhetsberättelse
för Bollebygds kommun
År 2024**



Anna Lindeblom

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig
för rehabilitering

Annelie Westlund

Verksamhetschef Hälso-och sjukvård

Bollebygds kommun 2025-02-07

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med berättelsen 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 bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Innehåll

Sammanfattning	6
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	8
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	8
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	15
Agera för säker vård	17
Nationella kvalitetsregister / Vårdprevention	19
Avvikelser	26
Öka kunskap om inträffade vårdskador	35
Tillförlitliga och säkra system och processer	36
Säker vård här och nu	37
Stärka analys, lärande och utveckling	38
Öka riskmedvetenhet och beredskap	39
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	40
Fokusområden 2025	41

Sammanfattning

Mål från föregående år

Omställningsarbetet med Nära vård enligt läns gemensam färdplan har fortsatt under året samt fortsatt arbete med dokumentation och digital signering i det nya verksamhetssystemet Lifecare för alla personalkategorier. Utveckling av SIP-arbetet i kommunen har fortsatt, arbeta mer personcentrerat, öka antalet dokumenterade och uppföljda SIP.

Implementering av journalsystemet Millennium och den del som kommunerna ska vara med på. Samvy, har arbetats med under året för att förbereda för en övergång. Fortsatt arbete med att kvalitetssäkra och få följsamhet till avvikelshanteringen.

Åtgärder som vidtagits

Alla som arbetar med SIP i kommunen, bjöds in till en utbildning. Statistiken för SIP ökade något efter detta. Omställningsarbetet kring nära och god vård har fortsatt under året, Förebyggande Teamet har fortsatt sitt arbete. Vi har varit med i ett "pilotprojekt med förvägsplanering för planerade ortopediska operationer" som fallit väl ut. Fortsatt förberedelse för Millennium projektet som efter start i november har blivit pausat, då stora problem upptäckts. Projektet är nu uppskjutet på oklar framtid. I Lifecare har åtgärder gjorts för att få bättre följsamhet till signering och avvikelseprocess. Kollegial journalgranskning har startats i kommunal primärvård för att få en bättre rättssäker dokumentation.

De viktigaste resultaten

Vissa avvikelser minskar i antal under årets senare hälft så som avglömd dos, osignerade läkemedel samt fall. Hela avvikelseprocessen har fått en bättre följsamhet. Det är även positivt med verksamhetssystemet Lifecare där följsamheten har förbättrats med digital signering. KTC, klinisk träningscentrum har startat upp där personal kan få utbildning och träna olika moment.

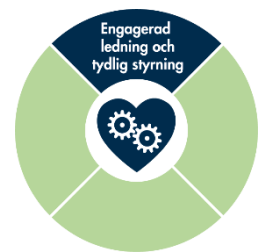
Grundläggande förutsättningar för säker vård

Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 är utformad enligt den nationella mallen från Sveriges kommuner och regioner. Den utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Under året har förbättringsområden identifierats och arbetats med inom våra processer till exempel avvikelssystemet. Grunden i allt kvalitetsarbete är att ha ett fungerande ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård” 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 §

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Det systematiska kvalitetsledningssystemet, ska synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bidrar till en säker grund och är förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. I det systematiska kvalitetsledningssystemet finns rutin för avvikelshantering, egenkontroller, riskbedömning, att orsaks- och händelseanalyser ska genomföras samt handlingsplaner för detta.

Organisation och ansvar

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

Regionens ansvar

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland definierar ansvaret för samtliga vårdgivare. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete med syfte att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv för individen. Arbete har startats under 2024 där alla kommunerna och regionen arbetar på att få till ett nytt omarbetat avtal som alla 49 kommuner kan godkänna.

Kommunens ansvar

Nämndens ansvar

Nämnden ska planera, leda, och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet för god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens (Hälso- och sjukvård) ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten gällande medicintekniska produkter, IT och teknik samt att personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Enhetschefers ansvar

Samtliga enhetschefer ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef för Hälso- och sjukvård och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra uppgifterna. Att det finns delegerad omvårdnadspersonal och personliga assistenter som kan ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och att tid ges till utbildning och uppföljning av uppgifterna. Enhetschef analyserar, bedömer och åtgärdar avvikelser inom sitt område vilket ska ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet inom sitt yrke och ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvarig för att delegeringsprocessen är säker och att systematisk utbildning och uppföljning sker. Aktivt arbeta med att samverka med andra, både internt och externt.

Omsorgspersonalens och personliga assistenters ansvar

All personal som mottagit en delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att rapportera negativa händelser (avvikelser) samt kontinuerligt hålla sig uppdaterad på de uppgifter som delegerats. Aktivt arbeta med det systematiska kvalitetsledningssystemet samt att samverka med andra, både internt och externt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg arbetar över huvudmannagränserna med att gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region genom att möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner. Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg leds av en styrgrupp med mål att omhänderta nationella överenskommelser och genomförande av utbildning kring de mest sjuka äldre, palliativ vård, personer med funktionsnedsättning, psykisk hälsa samt barn och unga vuxna i utsatt situation. Från styrgruppen finns uppdragsgrupper från samtliga tre vårdgivare med specifika uppdrag för samverkan och utveckling. En gemensam målbild ger oss goda förutsättningar att skapa samsyn kring gemensamma uppdrag, samarbeten och samordning.

Närhälsan

Det finns ett bra samarbete med Närhälsan i Bollebygd. Det finns en Närområdesplan som underlättar samverkan mellan regional och kommunal primärvård. Närområdesplanen är genomarbetad under 2024 i en ny länsövergripande mall av MAS och chef Närhälsan. Regelbundet har Kommunal primärvård och Närhälsan Bollebygd samverkansmöten (läkare, sjuksköterskor, chefer och MAS) vilket leder till ett utvecklande samarbete.

Vårdhygien SÄS

Regelbundna avstämningar med MAS i Sjuhärads kommuner angående smittläge och information om smittskydd. Utbildningar med sjuksköterskor med särskilt hygien ansvar och hygienombud.

Övrig samverkan

MAS-nätverket i Sjuhärad träffas regelbundet och samverkar kring delregionala frågor och gemensamma rutiner.

Den lokala samverkansgruppen Bollen träffas årligen, där finns representanter från Bollebygds kommun, Närhälsan, Rehab, SÄS, Folktandvården. Här samverkas

frågor som är kopplade till Bollebygds kommun. Arbetsgrupper bildas och arbetar med olika utvecklingsfrågor exempelvis Förebyggande team.

Mätbara gemensamma indikatorer för utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Målet för vår gemensamma överenskommelse inom Västra Götaland är att samverkan vid in- och utskrivning ska stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning, stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter, minska antalet utskrivningsklara dagar men också att arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån den enskildes behov.

Indikatorer för uppföljning är framtagna av processledare inom VGR och Västkom med

statistik som tas fram regelbundet, är ett stöd för utvärdering och fortsatt utveckling. Målet är att ta hem patienterna inom tre kalenderdagar från utskrivningsklar på sjukhus. För patienter från Bollebygd, som vårdats på sjukhus och skrivits ut, var antal dagar i medeltal 0,4 kalenderdagar som de varit kvar på sjukhuset efter att de blivit utskrivningsklara under 2024.

Millennium – framtidens vårdinformationsmiljö

Det nya IT-stödet är tänkt att underlätta samverkan mellan vårdens olika aktörer och förenkla invånarens resa genom vården. En vårdinformationsmiljö där informationen är tillgänglig för den som behöver den, till exempel vid vårdövergång, in- och utskrivning i slutenvård och vid SIP. En projektledare är rekryterad och har arbetat med införandeprocessen tillsammans med en arbetsgrupp och en styrgrupp. Införandet sker i fyra olika etapper, där åtta kommuner i Boråsområdet var först ut.

Breddinförandet av Millennium iscensattes under hösten 2024. Det uppdagades en rad svårforcerade hinder, bristfälligt utbildningsmaterial och ofullständiga IT-/tekniklösningar, vilket innebar att kommunerna i Boråsregionen tvingades lämna in ändringsbegäran om uppskjutet startdatum till programledningen. Denna godtogs och datumet flyttades fram till 18 februari 2025. VGR drabbades av diverse problem vid införandet av Millennium, vilket i sin tur resulterade i att hela projektets breddinförande fick avbrytas och blev pausat åtminstone fram till slutet av mars 2025.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Datainspektionen ställer alltmer högre krav på informationssäkerhet.

Dataskyddsförordningen (GDPR) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer och efterföljs. Kommunen har dataskyddsombud som arbetar med att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter.

En utmaning är att säkerställa information vid krissituationer som till exempel när verksamhetens digitala verksamhetssystem går ner. Ju mer omfattande digitalisering och effektivisering desto sårbarare blir vi om dessa lösningar slås ut. Verksamheterna har börjat med att säkra tillgången till nödvändig information om systemen går ner.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Rätt bemanning utifrån brukarnas behov stärker patientsäkerheten men även arbetsmiljön.



Den nya avvikelsemodulen i Lifecare implementerades i mars 2024 och arbete har genomförts för att förtydliga avvikelseprocessen i rutiner och roller i handläggningen av avvikelser i det digitala systemet. Avvikelserna utreds av enhetschef, tillsammans med legitimerad personal. Enhetschefen som leder utredningarna återberättar till personalen på enheten för lärande och reflektion. All personal ska ha kunskap om vad lex Sarah och lex Maria är.

Arbetsformer i Team har fortsatt för att förbättra kommunikation och samverkan kring vårdtagare framför allt där olika risker har identifierats utifrån riskbedömningar i Senior Alert. Det ska finnas rätt hjälpmedel och som används på rätt sätt, som tryggar patient och arbetsmiljön. Baspersonal arbetar tillsammans med legitimerad personal utifrån den enskildes behov och i den lilla kommunen så har yrkesgrupperna har lätt att nå varandra.

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. Mål i verksamhetsplanen är att alla medarbetarna ska ha rätt kompetens för att utföra sitt uppdrag, samtliga enheter ska säkra en god introduktion och arbeta aktivt för att öka frisknärvaron.



Enhetscheferna har ansvar att se över kompetensen i gruppen så det finns rätt kompetens inför varje schemaperiod och varje dygn. Under 2024 har äldreomsorgen infört resurspass vilket innebär att ordinarie personal i första hand ersätter frånvaro. Att i första hand använda ordinarie personal skapar kvalitetssäkring i arbetet. När behovet är mer omfattande än att det kan hanteras genom resurspass beställer verksamheterna vikarier via bemanningspoolen. Då läggs en beställning med kompetenskrav beroende på vilken kompetens som krävs. För att kunna göra detta krävs en brukarkännedom och då behöver alla brukare ha en bra dokumentation kring sina behov. I internkontrollplanen har fokus legat på att alla ska ha en aktuell genomförandeplan och all personal ska ha kunskap om social dokumentation.

Under 2024 har legitimerad personal fått goda förutsättningar till kompetensökning. 7 av 18 sjuksköterskor har en specialistutbildning.

Utbildning/ konferens legitimerad personal:

Demenskonferens, Palliativ konferens

Hitta arbetsglädje och motivation (Alla)

Lär ut läkemedelsutbildning (Borås Stad)

Ortoser, Rullstolsanpassning och Säkert sittande (Rehab)

Palliativ vård, Palliativa ordinationer (samarbete med Marks kommun)

Samtal om frihet

Samverkan i vårdens övergångar

SIP utbildning hela förvaltningen (Alla)

Sår utbildning och Trycksårforebyggande utbildning

Våld i nära relationer

Högskola kurs legitimerad personal:

Akutmedicin, Avancerad Hemsjukvård och palliativvård, Förskrivning av förbrukningsartiklar och tekniska hjälpmedel, Förskrivningsrätt för vissa läkemedel del 1 och 2, Studenthandledning 1 och 2.

Omvårdnadspersonal: (legitimerad personal håller i utbildningen)

Workshop hösten, 4 tillfällen= Lindning av ben, manuellt blodtryck/ vitala parametrar, förflyttning från golv, kateter skötsel/vård

Utbildning våren 3h= Läkemedelsutbildning fortsättning

Utbildning hösten 3h= Det svåra samtalet och munhälsa palliativ vård (Folktandvården)

Demenskonferens, några undersköterskor från olika enheter fick möjlighet att åka med på konferensen.

Förflyttningutbildning, rehab ombuden har varit på Hjälpmedelscentralen och fått certifiering i förflyttningsteknik.

Analys:

Kommunal primärvård håller i utbildningar och workshops under året och det har varit få baspersonal på dessa utbildningstillfällen. Några enheter har frigjort all sin personal medan andra enheter inte skickat någon alls. Enhetscheferna måste vara med och göra sin del i omställningen till Nära Vård där kompetensutveckling är en del. Planeringen med att frigöra personal för utbildning behöver bli bättre så personal i alla led kan öka sin kompetens och vårda allt svårare sjuka personer i sitt hem. Nära vård är ett gemensamt mål och följsamheten måste öka.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 genomförs i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende i vårdrelationen.

SIP-processen

En Samordnad Individuell Plan, ofta förkortad SIP, är ett viktigt verktyg inom vård och omsorgssektorn. SIP är en plan som utformas för att samordna och optimera omvårdnad och stöd för personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

SIP är:

- Den enskildes plan och den gäller alla, oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov.
- Den enskildes samtycke, delaktighet och inflytande är förutsättningar i arbetet.
- Den enskildes situation, erfarenhet och upplevda behov utgör utgångspunkten för SIP, i kombination med professionens bedömning och bästa tillgängliga kunskap.
- Målsättningen ska vara tydlig ur den enskildes perspektiv. "Vad är viktigt för dig?".
- Den enskilde ska få sina behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning tillgodosedda.

I april gjordes ett omtag i hela kommunen för att uppdatera arbetet med SIP. SIP-samordnaren på SÄS hade utbildning och workshop med medarbetare som arbetar med SIP i kommunen.

Under året är 16 SIP startade, ingen är uppföljd och 7 är avslutade i Bollebygds Vård och omsorg. Målet med utbildningen var att öka antalet SIP som är startade, utförda, uppföljda och avslutade. Det har ökat i antal men kvalitén med uppföljning har inte skett. Det är ett prioriterat område under 2025 att fortsätta att utveckla SIP-arbetet i förvaltningen.

Avvikelseprocessen

HSL 2017:372

Vid hälso- och sjukvårdsavvikelser informeras patienten och dess närstående och erbjuds även att delta i utredningen. MAS ansvarar för att informera, samtala och åiterrapportera till patient och dess närstående vid allvarligare händelser. Vid avvikelser av lindrigare grad så tas sällan patient och närstående med i utredningen.

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården innebär att fler klagomål går till patientnämnden. Klagomål utreds och besvaras av vårdgivaren, det vill säga, den juridiska person som bedriver vården.

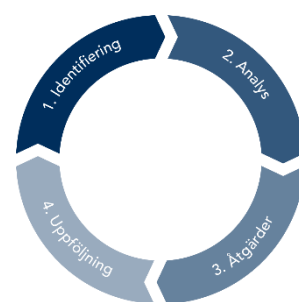
För att stärka patientsäkerheten tas synpunkter och klagomål från patient och närstående tillvara och finns med vid utveckling av rutiner och arbetssätt i verksamheten.

Agera för säker vård

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

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

Föregående kalenderår har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom arbete med uppdatering av och följsamhet till rutiner dels genom egenkontroll, granskning, avvikelserregistrering och kvalitetsregister, till stor del sker arbete med orsaks- och händelseanalyser som ett led i det systematiska kvalitetsledningssystemet.



Följande egenkontroller har genomförts under året:

Nationella kvalitetsregister	Metod:	Åtgärd:	Antal/ år:
	Senior alert	Riskbedöma i registret	Vid inskrivning, årskontroll och förändring i hälsa
	Palliativregistret	Inrapportering i registret	Löpande
	BPSD	Genomförd	Löpande
	HALT	Genomförd	Löpande
			1 ggr/ år
Basala hygien rutiner	Egenkontroll basala hygienrutiner	Handlingsplan	1 ggr/år
Självskattning	Blankett självskattning	Reflektion	2 ggr/ år
Munhälsa Tandvårdsintyg	Utbildning för personal Tandvårdintygsbeställningen	Planering i årshjul Erbjud intyg	1 ggr/ år vid inskrivning och behov
Läkemedels- hantering	Egenkontroll och extern granskning	Handlingsplan	1 ggr/ år
Kontroll Medicintekniska produkter Grundutrustning	Egenkontroll	Genomförd	2 ggr/ år

SAMSA egengranskning dokumentation	Egenkontroll	Genomförd	1 ggr/ år
Journalgranskning Närhälsan	Egenkontroll	Genomförd med Närhälsan Bollebygd	1 ggr/ år
Journalgranskning kollegial	Egenkontroll	Handlingsplan	1 ggr/ år
Avvikelsehantering HSL/ Vårdskada	Modul Lifecare	Genomgång följsamhet Statistik	12 ggr/år

Nationella kvalitetsregister / Vårdprevention

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där riskbedömningar genomförs av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. När risk konstaterats måste åtgärder skapas och uppföljning av åtgärder ske.

Analys

På SÄBO har 75% fått en riskbedömning och det görs ett gott arbete men riskbedömningarna kan öka och målet är att alla patienter ska få en riskbedömning vid inskrivning och årskontroll.

I ordinärt boende är det några få patienter som är riskbedömda i kvalitetsregistret under året. Fokus har varit att riskbedöma de mest sköra patienterna.

Verksamheten behöver fortsätta riskbedöma i Senior Alert och ordinärt boende behöver öka antalet riskbedömningar betydligt. Det finns fungerande team på enheterna där det finns en god möjlighet att få in Senior Alert som redskap på teamträffarna. Målet för Kommunal primärvård är att riskbedöma patienten både på SÄBO, korttid och i ordinärt boende i Senior Alert vid inskrivning, årskontroll och vid förändringar i hälsa.

Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Alla avlidna i kommunal primärvård är inrapporterade i Palliativregistret.

Enligt registret har patienterna i Bollebygd:

Dokumenterat brytpunktsamtal: 64%-Ja, 31% saknar förmåga att delta (kognitiv svikt), 5% har ej fått ett brytpunktsamtal. Det är alltid läkaren som har ett brytpunktsamtal men sjuksköterskan i kommunal primärvård initierar ofta samtalet när vården blir palliativ och går mot livets slut. Vid kognitiv svikt, när patienten saknar förmåga att delta, får närstående i större utsträckning vara med på brytpunktsamtalet.

Förekomst av lindring av oro/ångest: 64% helt lindrade, 10 % delvis lindrade, 23% förekom inte oro, vet ej om det förekom oro 3%

Förekomst av smärta: 73% helt lindrade, 8% delvis lindrad, 17% förekom ej smärta, 2% vet ej om det förekom smärta.

Smärtskattning sista levnadsveckan: 71% blev smärtskattade, 25% ej smärtskattade, 4% ej dokumenterad smärtskattning.

Analys:

Alla dödsfall i kommunal primärvård är registrerade i registret vilket är mycket bra. De flesta som kan delta i ett brytpunktsamtal erbjuds det när vården övergår till palliativ vård. Närstående erbjuds vara med på brytpunktsamtalet när patienten önskar det samt vid kognitiv svikt där inte patienten alltid kan delta. Det är viktigt att försöka att lindra smärta, oro och ångest hos patienten men ibland kan det vara svårt att uppnå total lindring. Det är viktigt att sjuksköterskorna fortsätter att skatta alla patienter i livets slutskede för att säkra vården i livets slut.

BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)

BPSD är ett kvalitetsregister för demenssjuka personer där enheterna registrerar personbundna uppgifter och problem, diagnos, behandling och resultat. Det gör

att varje enhet kan följa sin verksamhet där registreringen leder till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall även läkemedel. Arbetssättet leder till en individuell bemötandeplan för varje patient, med relevanta vårdåtgärder. Bemötandeplanen ska in i personens genomförandeplan. Antal registreringar som utfördes 2024 var 37, vilket kan likna föregående år.

Analys:

Det är viktigt att fortsätta med BPSD för att få en god och individanpassad vård runt brukare med demens. Det är också av vikt att det finns personal med uppdrag att samordna, samla in data och vara "expertstöd" inom demensområdet. Registret används framför allt av enheterna med demenssjukdom men skulle även kunna användas i högre utsträckning i somatisk boende som ordinärt boende för brukare med demensdiagnos.

HALT

(Healthcare Associates infections and antimikrobiell use in Long-Term care facilities)

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens protokoll och är evidensbaserad, metoden används för mätningar i hela Europa. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Det är totalt 66 boende på SÄBO som är med i HALT-registreringen 2024. Somatiskt boende hade två brukare med pågående infektion samt terapeutisk antibiotikabehandling, var av en är förvärvad på SÄBO.

Analys:

Antalet antibiotikabehandlingar i Bollebygd ligger på samma nivå som riket. Det syns ingen överanvändning av antibiotika utan de patienter som har antibiotika har även en pågående infektion. Sjuksköterskan har en viktig uppgift och ska ge läkaren tillräckligt med information om patientens tillstånd så rätt beslut om ordination av antibiotika kan tas och att inte överanvändning sker.

Hygienkört

Det är obligatoriskt att genomföra webbutbildning i basala hygienrutiner och införskaffa hygienkörtet för all ny personal vid anställning i Bollebygds kommun.

Vårdhygienisk egenkontroll

Egenkontrollen har utförts under våren av två enheter. Egenkontrollens datum flyttades och det blev otydligt när den skulle utföras för enheterna. Vid egenkontroll skrivs en handlingsplan på det som inte fungerar. Enheten arbetar under året med handlingsplanen. Det finns tydliga basala hygienrutiner i förvaltningen men de behöver lyftas upp flera gånger per år för att diskuteras i arbetsgruppen.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner

Två gånger per år ska all personal utföra självskattning i basala hygienrutiner. Det är samma parametrar som mäts som i den nationella observationsstudien PPM-mätningen. Syftet är att få personal att reflektera över krav och ta lärdom av sitt handlande samt att chefer får underlag för vidare diskussion i personalgruppen. Enhetens hygienombud har ansvar att självskattning utförs av medarbetare som arbetar en specifik dag. De flesta enheter genomför skattningen under året, och det är enstaka misstag som görs. Det finns några få enheter som inte utfört skattningen alls.

Analys egenkontroller basala hygienrutiner:

Tillsammans med hygienkört, egenkontroll och självskattning av basala hygienrutiner ses en bra nivå på följsamhet till basala hygienrutiner i Bollebygds verksamheter. Smitta på enheterna har kunnat hållas låg och i korta perioder med ökad source control. Alla mätningar och egenkontroller öppnar upp för dialog och reflektion ute på enheterna vilket håller basala hygienfrågor ständigt levande. Under 2025 behöver alla enheter utföra egenkontroll hygien och självskattning då några få enheter inte utför detta alls. De enheter som inte diskuterar och lyfter upp frågan om basala hygienrutiner behöver göra ett omtag under året. Det är viktigt att vi håller en hög standard i hygienfrågor på alla enheter.

Smittförebyggande åtgärder

Arbetet fortsätter med att förhindra smitta, arbeta preventivt för att minska smittspridning vid exempelvis Covid-19, säsongsinfluensa, RS-virus och vinterkräksjuka.

Arbetet har främst varit att vidmakthålla de rutiner som redan finns genom information och utbildning som fortsatt för all personal. Det har gett positivt resultat i det smittförebyggande arbetet, med tydlighet och trygghet för personal och patienter.

Under 2024 har två påfyllnadsdoser vaccin erbjudits mot covid-19 och en dos mot säsongsinfluensa till patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård. Arbetet med att vaccinera fortsätter för de mest utsatta enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Smitta på SÄBO har varit låg och har inte spridits runt på avdelningarna. Enheterna arbetar med ökad source control vilket innebär att personalen använder skyddsutrustning som munskydd och visir vid misstänkt och konstaterad smitta. När smittan avtagit på avdelningen har munskydd och visir har tagits bort igen. Information om förvaltningsövergripande rutin och riktlinje från smittskydd Västra Götaland har kontinuerligt genomförts under året.

Analys:

Smitta har funnits bland personal men smittspridning till boende på SÄBO har kunnat hållas låg vilket visar att personalen har varit följsam till rutinerna. Det finns bra information om rutin och arbetssätt i den förvaltningsövergripande rutinen och rekommendation från smittskydd Västra Götaland. Det är viktigt att fortsätta med information och följsamhet till rutiner för att hålla smittspridningen låg på enheterna.

Munhälsa

MAS utser personer i kommunen som är intygsutfärdare av tandvårdsintyg, vilket innebär att en person är berättigad en årlig gratis munhälsobedömning av en tandhygienist. Intyget kan även innebära lägre kostnader vid vissa tandläkarbesök, avtal via Tandvårdsenheten gör detta möjligt. Det är sjuksköterskor och biståndshandläggare som genomgår utbildning och förser personer med tandvårdsintyg. Under 2024 har 138 personer intyg och 98

munhälsobedömningar utförts. Den som får ett intyg tackar ja eller nej till årlig munhälsobedömning. Tandsköterska från Folktandvården har innan sommaren haft bildning i munhälsa för sommarvikarier samt utbildning under hösten i munvård vid palliativ vård.

Analys:

Vi har gott samarbete med tandsköterska på Folktandvården Bollebygd som håller i utbildningar till personal och munhälsobedömningar för intygshavare i kommunen. Vi ska fortsätta med att erbjuda tandvårdsintyg till personer med behov av intyg samt samverka för fortsatta utbildningsinsatser för personalen. Nyanställda biståndshandläggare och sjuksköterskor ska gå intygutbildning på Tandvårdsportalen för att kunna ge råd och bevilja intyg till patienter och brukare i kommunen.

Läkemedelsgranskning

Enligt HSLF- FS 2017:37 finns krav om extern granskning av läkemedelshantering. Kontrollen sker i samverkan mellan enhetschef, sjuksköterska och delegerad personal enligt gemensam rutin för hela Södra Älvsborg, som MAS- nätverket tagit fram.

Därefter granskar MAS i nätverket Sjuhärad varandras resultat och uppräta handlingsplaner, enligt mall. Resultatet kommuniceras vidare i respektive organisation. Enheterna arbetar med handlingsplanen och de flesta behöver informera personalen om att följa rutiner och delegeringsrutiner. Det leder till säkrare läkemedelshantering och ökad kunskap för samtliga involverade.

Analys:

Det viktigaste är att upprätta en handlingsplan efter egenkontrollen för att få en säkrare hantering av läkemedel under året. Fortsätt med egenkontrollerna och följ upp handlingsplanen under året. Under 2025 ska alla enheter som hanterar läkemedel delta i egenkontrollen, dvs även LSS-enheterna.

Kontroller av medicintekniska produkter (MTP)

Egenkontroll för god patientsäkerhet vid användning av medicintekniska produkter ska ske enligt rutin och är en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Kontroller genomförts för produkter som är grundutrustning, såsom tex. sängar,

lyftselar, lyftar och duschpallar. Kontroller har genomförts på enheterna av rehab ombuden.

Egengranskning Samsa

Egengranskning av Samsa har under året gjorts av en arbetsgrupp i Närvårdsamverkan där MAS Bollebygd deltog. I resultatet ses i Sjuhärad att det saknas bedömning av nulägesstatus vid inskickning. Många fält är ifyllda och bra kommunikation görs i SAMSA. Om inskickning görs på jourtid och all information inte finns tillgänglig, har alla legitimerade som är ansvariga för patienten ett ansvar att fylla på med information närmaste vardag.

Granskning av patientjournaler

Patientdatalagen (*SFS 2008:355*) reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal.

Granskning av patientjournaler gjordes tillsammans med Närhälsan Bollebygd i augusti, 20 journaler som granskades gemensamt i respektive verksamhetssystem. I samtliga fall finns en medicinsk vårdplan upprättad, läkemedelsordinationerna är korrekt ifyllda med läkemedelsnamn, form, styrka, och administrationssätt, men det saknas i flera fall tidpunkt för administrering, det står morgon och kväll men inte klockslag som önskas. Det är läkarens ansvar att tydligt ordinera läkemedel. Patienter med måltidsinsulin har fått en tydligare ordination med blodsockergräns. Vårdbegränsningar finns dokumenterade på samma patient i båda verksamhetssystemen. Det behöver dokumenteras bättre när närstående är involverade i behandlingen, vid kognitiv svikt ses att närstående i större utsträckning är involverade. Användning av KVÅ-kod när närstående finns med bör öka.

Kollegial granskning har startat upp i kommunal primärvård under senare delen av 2024. I smågrupper har legitimerad personal granskat varandras journaler utifrån en mall. Det blir tydligt vilken dokumentation som finns med och vad som kan bli bättre i journalerna. Dokumentationen ska utgå från Socialstyrelsens riktlinjer för journalföring. Efter granskningen görs en handlingsplan med fyra områden som behöver förbättras. Under 6 månader arbetar legitimerad personal med att förbättra dokumentationen och därefter görs journalgranskning med

stickprov igen som en utvärdering. Det är en lärandeprocess under hela året för legitimerad personal som arbetar mot samma mål i dokumentationsprocessen.

Analys:

Journalgranskning är viktigt för att upptäcka brister och förbättra dokumentationen. Det ses i granskningen att dokumentationen är likvärdig på gemensamma patienter på Närhälsan Bollebygd och kommunal primärvård. Båda behöver arbeta med att tydligare dokumentera närståendes medverkan i vården med rätt KVÅ-kod. Det har påbörjats ett bra arbetet med kollegial granskning i kommunal primärvård och det ska bli intressant att se utvecklingen av arbetet under det kommande året. Fortsatt arbete med handlingsplanens fyra områden efter kollegial granskning.

Kvalitetskontroll av Kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF)

Kontroll av det kommunala akutläkemedelsförrådet gällande följsamhet till rutin för kassation av läkemedel med tillhörande förbrukningsjournal. Det förekommer näst intill inget svinn från KAF. Nedräkningslistor stämmer bra. Det är ett mycket välskött läkemedelsförråd. Det är viktigt att fortsätta med den upparbetade rutin som finns runt KAF för att ha en hög säkerhet.

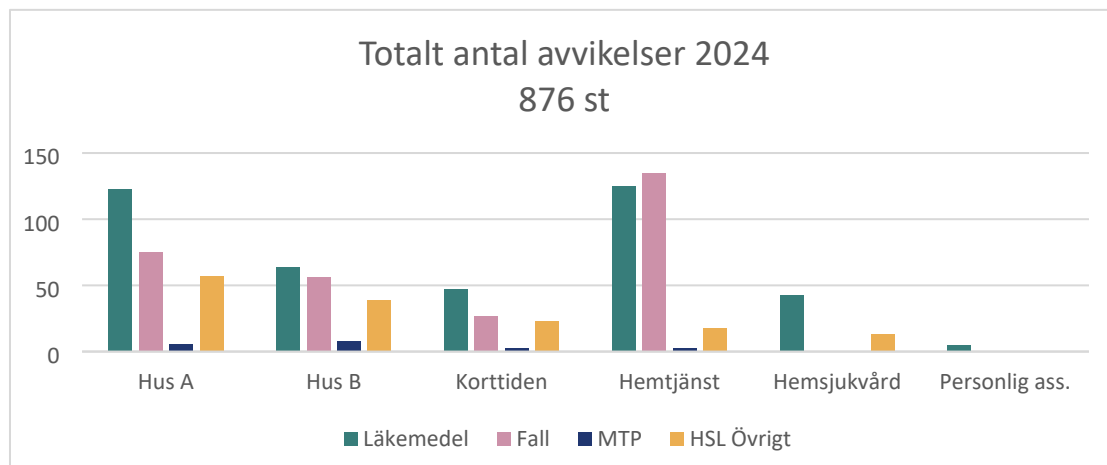
Avvikelser

De viktigaste åtgärderna som vidtas för att öka patientsäkerheten är att hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal rapporterar risker, tillbud och negativa händelser samt identifierar patientskador. En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunna medföra någon typ av skada som inte är förväntad utifrån personens tillstånd eller vårdens karaktär. Avvikelsehantering omfattar rutiner för att identifiera och rapportera negativa händelser, analysera och åtgärda orsaker samt utvärdera åtgärdernas effekt.

Målet med avvikelsehanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionshinderverksamhet är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Alla avvikelser ska utredas, sammanställas och analyseras från respektive enhet.

Under 2024 rapporterades totalt 876 hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket är fler än föregående år (780 =2023). Mörkertal för icke inrapporterade händelser är

svårt att uppskatta, tonvikt har lagts på att informera all personal om att det är händelsen och inte personen som ska uppmärksammas. Ett mycket gott arbete har gjorts av de enheter som rapporterar avvikelser. Det skrivs inga avvikelser på LSS gruppbostad, LSS servicebostad samt daglig verksamhet. Troligtvis händer det avvikande händelser även på dessa enheter men avvikelser skrivs ej.



Läkemedel

Totalt har 400 läkemedelsavvikelser rapporterats, det är 85 fler än föregående år. De flesta av dessa avvikelser **160 finns i gruppen osignerade läkemedel**. Det ses en tydlig ökning efter införandet med digital signering i mars. Rutiner har stärkt upp en ökad signering av läkemedel på enheterna och det senaste halvåret finns 40 osignerade läkemedel.

Avglömd dos, 81 har minskat betydligt från över 200, föregående år. Efter övergång till digital signering har siffran sjunkit. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell bedömning om den avglömda dosen kan ges eller inte. Orsaker till avglömd dos förklaras med att annan aktivitet störde och det glömdes bort, det händer något akut och mycket att göra.

Vid 80 tillfällen har det givits fel dos eller dos på fel tid. Personalen följer inte tiden för åtgärden, öppnar inte uppdraget helt eller kontrollräknar inte läkemedel och jämför med läkemedelslistan som de lär sig i läkemedelsutbildningen. Vid vissa tillfällen har dubbel dos getts då personalen inte kontrollerar datum och tid innan läkemedel ges. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell

bedömning om patienten fått dubbel dos. Några gånger har även läkarkontakt tagits. Ingen patient har fått allvarliga symtom eller blivit skadad vid fel dos och ingen har behövt åka till sjukhus. I vissa få fall har sjuksköterskan besökt patienten extra för att ta kontroller och ha uppsikt över patientens tillstånd dygnet efter avvikelsen.

Dos på fel tid sker när personalen inte ger läkemedel inom rätt tidsfönster. Det finns alltid en tydlig ordination från läkaren när patienten ska ta sitt läkemedel. Det är viktigt att patienterna får sina läkemedel inom tidsfönstret för att det exempelvis inte ska bli för tätt till nästa läkemedelsgivning. Om inte läkemedel ges inom rätt tidsfönster ska förklaring ges av personalen vid signering.

Vid 39 tillfällen saknas narkotika eller signeringslista och antal tabletter

stämmer inte överens. De flesta av dessa tillfällen är att personalen glömmar skriva upp och räkna ner på listan när de givit extra vid behovsläkemedel. Avvikelserna handlar om enstaka dos som inte stämmer med nedräkningslistan. Det kan även röra sig om svinn och när det misstänkts att det förekommer svinn sätts insatser in av både sjuksköterska och omvårdnadspersonal med extra räkning av narkotika, i vissa fall flera gånger om dagen. Loggar kontrolleras vem som varit i läkemedelsskåpet för att ringa in när läkemedlet försvann. Vid ökad kontroll brukar svinn upphöra. MAS är alltid inkopplad i dessa ärenden.

Vid 40 tillfällen har sjuksköterskan gjort fel.

Denna grupp har ökat betydligt. Det kan bero på att fler saker händer men även att sjuksköterskorna skriver fler avvikelser när det har begåtts fel. Exempelvis stämmer inte signeringslistan och läkemedelslista överens. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att listorna stämmer överens och är lätta att följa för omvårdnadspersonalen. Dosett har delats fel, vid dosettdelning ska alltid en sjuksköterska dela dosetten och en kollega kontrollera. På jourtid får sjuksköterska som arbetar ensam både dela och kontrollera dosett. HSL-uppdrag som läggs ut på jourtid och inte kan bekräftas av mottagande enhet, där har sjuksköterskan ansvar att administrera läkemedel tills uppdraget är mottaget och bekräftat på enheten. Vid några tillfällen har läkemedelsdosen missats då inte sjuksköterskan kontrollerat att HSL-uppdraget är bekräftat och övertaget.

Analys:

Det är fler antal läkemedelsavvikelser än föregående år. Målet var att 2024 skulle gruppen med avglömd dos minska till minst hälften, då vi övergått till digital signering och den gruppen har minskat med ännu mer vilket är positivt. Alla enheter har under våren 2024 kommit i gång med digital signering.

Det finns nu även tydliga rutiner ute på enheterna att i Lifecare utförare under arbetspasset kontrollera vad som signerats och vad som är kvar att utföras. Det har inneburit att osignerat läkemedel har minskat betydligt under hösten. Denna grupp avvikelser bör fortsätta att minska om personalen följer rutinerna som finns under 2025.

Flera avvikelser ses som slarv att inte öppna HSL-uppdraget och läsa hela texten, inte kontrollera läkemedelslista och räkna antal läkemedel, att inte signera när läkemedel givits, att inte räkna narkotiskt preparat och räkna ner på listan vid given dos. Det är ett stort ansvar att ha en läkemedelsdelegering och det är viktigt att utföra den enligt rutin och utbildning. Flera i personalen har fått indragen delegering och vissa har fått gå utbildningen på nytt när det inte har agerat patientsäkert.

Repetitionsutbildning med läkemedelshantering för redan delegerad personal fortsätter och det bör ge ökad kunskap hur personalen ska hantera läkemedelsgivning i enlighet med delegeringen de har och i längden minska antalet avvikelser med läkemedel.

I sjuksköterskegruppen har det ökat betydligt i antal avvikelser vilket kan bero på att fler avvikelser skrivs när faktiska händelser sker men även att avvikelser sker mer frekvent. Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några få avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner och kontrollera moment för att få en ökad patientsäkerhet.

Det är viktigt att all personal tar sitt ansvar i frågan om läkemedelsavvikelser, de måste minska i antal 2025 och patienter/ brukare får en säkrare hantering av läkemedel.

Fall

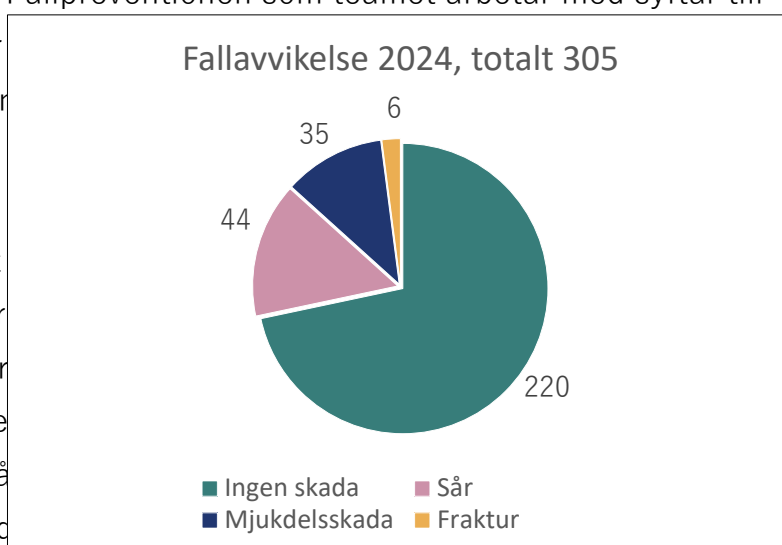
Totalt har 305 fallavvikelser rapporterats. Det är 80 färre än föregående år. Under hösten har antalet fall minskat, då är det endast 100 fall inrapporterade.

- 220 ingen skada
- 35 mjukdelsskada
- 44 sår
- 6 fraktur (ben, höft, arm)

Det är många falltillbud utan skada även 2024. Vid fallavvikelse och upprepade fall görs alltid en fallprevention med analys och åtgärder för att minska risken för skada vid ytterligare fall. Enhetschef och legitimerad personal arbetar tillsammans med utredningen i respektive professions område. Många falltillbud finns ute i ordinärt boende där vi även har många kognitivt sviktande och multisjuka patienter. Teamet runt patienten träffas en gång i månaden och arbetar tvärprofessionellt med lösningar och åtgärder. Vid framför allt kognitiv svikt och rörliga patienter ökar falltillbuderna men personalen har ej rätt att hindra patienterna från att röra sig. Fallpreventionen som teamet arbetar med syftar till att minska risken för framför allt fallrapporterna minskar.

Analys:

Fallavvikelse har minskat tydlig nedgång i antal. Det är tydligt om det faktiskt sker färre fall under året ses att det finns en tydlig nedgång i patienterna/brukarna från både tidigare år och fortfarande en hög siffra med



bra fallpreventivt arbete. Enstaka gånger har fall skett med fraktur som följd, i dessa utredningar har det framkommit att det finns ett gott fallpreventivt arbete runt patienten. Åtgärder är insatta av teamet, det saknas inga åtgärder för en säker miljö, verksamheten har inte har brustit i vården.

Fortsatt arbete med fallprevention i team ute på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert skulle säkra upp patientsäkerheten ytterligare och förebygga fall innan de sker. Senior Alert är ett register som framför allt legitimerad personal måste kunna använda med hjälp av övrig personal. Ökad riskbedömning i ordinärt boende är ett mål under 2025.

Övriga avvikelser

148 övriga avvikelser har rapporterats in, ungefär som föregående år. Av dessa är ca 60 öppna läkemedelsskåp. Denna grupp har ökat under året och det är på SÄBO och korttid som avvikelserna sker. Dessa läkemedelsskåp öppnas med saltokort och måste även stängas med saltokortet. Personalen glömmer att låsa efter att de varit inne och hämtat ut patientens läkemedel, det är rent slarv. Innan jul tog sjuksköterskorna på SÄBO och korttid beslut att första gången någon glömmer att låsa blir ett medvetandegörande samtal av sjuksköterska och nästa gång dras delegering av läkemedel in en månad och personalen får gå läkemedelsutbildning igen. Det är för nära inpå för att göra en analys av åtgärderna. Det har även kommit fram under januari 2025, att det eventuellt är ett tekniskt fel på några skåp. Detta måste kontrolleras och åtgärdas så snart som möjligt.

Övriga avvikelser är även osignerade och ej utförda uppdrag så som blodtrycksmätning, vikt, kateterskötsel, rikning, ta på stödstrumpor, linda ben, sårvård, hudvård mm. Då dessa uppdrag ej är signerade så går det inte att se om de är helt avglömda eller bara ej signerade? Flera av dessa uppdrag är av stor vikt för patienten att det utförs och registreras på rätt sätt. Sjuksköterskan utgår från mätvärden och justerar läkemedel utifrån ex. vikt och blodtryck.

I maj 2024 startade modulen signeringslista i Lifecare, där kan legitimerad personal lättare filtrera och söka på utförda, signerade och osignerade HSL-

uppdrag. Efter detta införande rapporterades många avvikelser av legitimerad personal på osignerade och ej utförda uppdrag. Antalet har under hösten sjunkit igen då bättre rutiner har införts på enheterna att kontrollera signerade uppdrag under arbetspasset. Varje personal och varje enhet måste ta sitt ansvar att fortsätta med att ta ansvar för att signera de HSL-uppdrag som de bekräftat och tagit ansvar för.

Medicinsk teknik

Totalt har 20 (21 2023) avvikelser rapporterats gällande medicinsk teknik. Det ungefär ligger på samma nivå som förra året. Det är bland annat felbäddade glidlakan, felanvända hjälpmedel, felplacerade lyftselar, TENS-elektroder som inte hanteras på rätt sätt. Det är av stor vikt att medicinsk teknik handhas på rätt sätt och att rutiner följs för att patientsäkerheten ska vara fortsatt hög.

Analys avvikelsehantering:

Arbetet med att rapportera avvikelser är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. De enheter som inte rapporterar händelser men ex. hanterar läkemedel behöver få till rutiner på sin enhet att rapportera det som händer. Alla måste vara med i förbättringsarbetet. Det fortsatta arbetet med att analysera och skapa åtgärder i verksamheten för att inte händelsen ska återupprepa sig är en viktig del som enhetscheferna (huvudutredare) och legitimerad personal (medutredare) ansvarar för. I mars 2024 startade vi upp avvikelsehantering i Lifecare. Under året har vi fått en bättre följsamhet med snabbare mottagande, start av utredning och medutredare läggs till. Målet är att ta emot en rapport inom en vecka. Ansvarig sjuksköterska är alltid medutredare vid läkemedelsutredningar medan ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut ska finnas med som medutredare vid fallavvikelser. De har ansvar för sin del i utredningen utifrån profession, göra bedömningar, lägga åtgärder och följa upp åtgärder. Allt för att få en säkrare läkemedelshantering och miljö runt patienten för att undvika fallskador.

Arbetet måste fortsätta under 2025 med snabb hantering, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt

med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

Avvikelse i vårdsamverkan

MedControl är det gemensamma IT- systemet inom Västra Götaland för hantering av avvikelser i vårdsamverkan. Effektiv avvikelshantering syftar till att öka patientsäkerheten speciellt vid vårdövergångar genom att identifiera och förbättra eventuella brister i följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser där Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen samverkar.

Totalt har 57 avvikelser (48, 2023) upprättats i vårdssamverkan mellan region och socialförvaltningen under 2024.

- 2 avvikelser (7, 2023) har inkommit till kommunal primärvård, en från SÄS och en privat vårdcentral (utanför kommunen)
- 55 avvikelser (40, 2023) har upprättats av förvaltningen varav 5 riktar sig till Vårdcentral och 41 riktar sig till SÄS/SU. Kommunal primärvård har upprättat 48 av dessa och biståndshandläggare/ hemtjänst har upprättat 7.

Avvikelseerna som skrivs av kommunen har främst handlat om bristande information vid utskrivning från slutenvården rutin följs inte, läkemedelslistor är inte uppdaterade med ny ordination, recept finns inte skrivna, rapport stämmer inte överens med epikris, nya läkemedel är inte medskickade, utskrivningshandläggning brister i SAMSA. På grund av dessa brister från slutenvården sida får sjuksköterskan i kommunal primärvård en ökad belastning när patienter kommer hem. Det blir patientsäkert vid vårdövergångarna då rutiner inte följs, läkemedel saknas och läkemedelsordinationer inte stämmer. Kommunal primärvård har själva gjort ett rapporteringsstöd att använda vid mottagande av rapporter från annan instans. Detta för säkra upp överrapporteringen och motfrågor kan ställas till rapportören.

De två avvikelserna till kommunal primärvård handlade om:

Kognitiv sviktande brukare inskickad till röntgen utan personal som kan identifiera brukaren eller id-handling. (Personal åkte in direkt när SÄS ringde och identifierade brukaren)

Patienten blev utskriven ur kommunal primärvård, det var oenighet om utskrivningskriterierna, om patienten kunde ta sig till Närhälsan för omläggning eller inte. Komplex ärende.

Analys:

Det måste ske en förbättring av följsamhet till rutiner vid vårdövergångar för patienten. Det är framför allt slutenvården som brister i följsamhet. Avvikelseerna ökar varje år i antal och trots påtryckningar ses ingen förbättring. Fortsatt arbete att diskutera med representanter i samverkansgrupperna måste ske för att vända trenden av brister i vårdövergångar. Det ses tydligt att kommunen endast får

enstaka avvikelser från andra vårdgivare. Fortsatt arbete att vara noga vid dokumentation i SAMSA samt vara följsam till gemensamma rutiner i vårdsamverkan är av vikt för att patienterna ska få en säker vårdövergång.

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.



Har vården varit säker

Ingen lex Mariautredning har anmälts till IVO under året 2024. Det har funnits några avvikelser med vårdskada men som inte är bedömda i utredning som brister i vårdutförandet. Åtgärder har funnit som säkrat upp miljön runt patienten men skada har ändå uppkommit vid ex. fall.

I avvikelseprocessen mottar enhetschef avvikelserapport och startar utredning inom en vecka på de flesta enheter. Ansvarig legitimerad personal läggs som medutredare och ska bedöma händelsen, lägga in åtgärder och följa upp så patientsäkerheten blir bättre. Om händelsen är allvarlig kontaktas omedelbart MAS och läggs med som utredare för att starta en utvidgad utredning. Teamet runt patienten har möte varje månad, där tas komplexa och riskbedömda ärenden upp, för att tillsammans diskutera säkerheten runt vårdtagaren. Enhetschefen som huvudutredare återkopplar till personalen på enheten för att sprida kunskap av avvikelsen. Alla professioner har ett ansvar att arbeta för att avvikelser inte ska återupprepas och patientsäkerheten ska öka.

Beskriv identifierade riskområden

Läkemedelshantering av delegerad personal är fortsatt ett riskmoment.

Personalen följer inte utbildning och rutiner kring säker läkemedelshantering. Antal avvikelser med osignerat läkemedel, HSL-uppdraget öppnas inte och hela

texten kan då inte läsas för uppdraget, läkemedelslista och antal läkemedel kontrollräknas inte, läkemedel signeras inte, narkotiskt preparat räknas inte ner på lista vid given dos.

Läkemedelshantering/ läkemedelslista

I sjuksköterskegruppen har det ökat betydligt i antal avvikelser runt läkemedel och listor.

Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några få avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner och kontrollera moment och listor för att få en ökad patientsäkerhet. Det finns även en ökad risk vid HSL-uppdrag på jourtid då inte uppdraget bekräftas av enheten, sjuksköterskan har ansvar för uppgiften till uppdraget bekräftats.

Fallavvikelser

Fortsatt arbete med fallprevention i team ute på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert skulle säkra upp patientsäkerheten ytterligare och förebygga fall innan de sker. Senior Alert är ett register som både legitimerad personal så som övrig personal måste kunna använda.

Avvikelseprocessen

Arbetet måste fortsätta med snabb hantering av enhetscheferna, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att rapportera händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada. MAS sammanställer och analyserar samtliga rapporterade händelser månadsvis och informerar all legitimerad personal, chefer samt socialnämnd i halvårsrapport och patientsäkerhetsberättelsen.

Under 2024 har ett implementeringsarbete gjorts med nya avvikelsemodulen i Lifecare HSL/ vårdskada. Utbildning har skett till legitimerad personal och



enhetschefer om hela avvikelserprocessens steg. Omvårdnadspersonal har fått information om deras ansvar med rapportering i avvikelssystemet.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

SOSFS-modulen förbereds under 2025 i Stratsys för att starta 2026. Med den nya modulen blir det ett säkrare och mer samlat ledningssystem. Där kommer egenkontroller och kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård att byggas upp, hanteras och följas upp. Det har pågått ett arbete under 2024 med att förbereda enhetschefer inför implementeringen i Stratsys. Sammanställningen av kvalitetsarbetet effektiviseras till ett system.

Det finns ett årshjul för egenkontroller, MAS skickar i dagsläget ut vissa egenkontroller till enhetschefer, några finns att tillgå på insidan Bollebygds kommun. Avvikelsesystemet har alla tillgång till som en modul i Lifecare.

Delegeringsprocessen: Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den är skriftlig, personlig och tidsbegränsad och får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Läkemedelsutbildning genomförs tillsammans med webbutbildning och kunskapstest. Delegeringarna följs upp årligen av legitimerad personal och delegerad personal går en uppföljande webbutbildning innan delegeringen förnyas.

Analys: Uppföljningen av delegeringen inom några månader och förnyande av delegering måste ses över och säkras upp. Det finns många avvikelser med osäker läkemedelshantering under året och denna del i processen behöver förstärkas. Det är den delegerande sjuksköterskan som ansvarar för delegering av personal. MAS och legitimerade ska under 2025 arbeta med att säkra upp processen ytterligare.

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

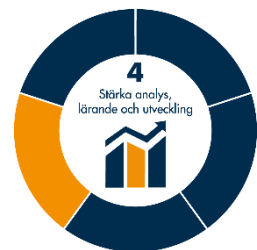
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Inför förändringar i verksamheten genomförs en riskanalys eller då det föreligger en risk vid nya arbetssätt. Det innebär att en riskinventering sker och bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad av dess konsekvenser. Därefter sker en riskhantering av befintliga och föreslagna åtgärder. Arbetet med PDSA-hjulet *Planera Genomföra Utvärdera och Förbättra* är ett begripligt systematiskt arbetssätt för att tydliggöra vad och hur saker ska göras och följas upp som en åtgärdsplan.

Under året har exempelvis riskbedömning av implementering läkemedelsautomater gjorts. Arbetsgruppen med legitimerad personal, enhetschefer, verksamhetschef och MAS var med i arbetet. Riskerna värderades, arbetet planerades väl, bedömningsunderlag, rutiner och stöddokument upprättades. Utbildning av personal. Implementeringen startade i ett hemtjänstområde med några få patienter, arbetet utvärderades, förbättrades och kunde utvidgas till fler i andra områden. Det blev en säker implementering med PDSA som grund. Läkemedelsautomaterna säkrar upp att patienten får sina läkemedel på rätt tidpunkt. En ljus och ljudsignal indikerar att det är dags att ta sitt läkemedel. Om inte läkemedlet tas inom tidsfönster så går ett larm till personalen som kommer och hjälper till. Ett säkert system att med digital hjälp kunna ta sina läkemedel självständigt. Arbetet fortsätter under 2025 med eventuell kompletterande läkemedelsautomat.

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.



Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom uppdatering och följsamhet till rutiner och ledningssystem. Dels

genom egenkontroll, granskning, avvikelserregistrering och kvalitetsregister, dels genom arbete med orsaks- och händelseanalyser.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att rapportera händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada. Under 2024 var verksamhetschef för HSL och MAS på några enheters APT:n och lyfte rapportering av avvikande händelser. Det är viktigt att alla professioner rapporterar avvikelser som inträffar på enheten.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) innebär att fler klagomål går till patientnämnden.

Under året har det kommit in fem klagomål/ synpunkter på kommunal primärvård. Varje synpunkt besvaras oftast i direktkontakt med personen men synpunkterna tas även med i utvecklingsarbetet som sker löpande med förtydliganden eller justeringar i rutiner och arbetssätt.

Det är oftast patient eller närstående som lämnar in klagomål eller synpunkter på verksamheten.

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.



Patientsäkert arbete i framtiden

Kompetensutveckling för alla professioner måste fortsätta och enhetschefer bör skapa förutsättningar för personalen att gå på de utbildningstillfällen som ges av

kommunal primärvård, Folk tandvården mm. Alla behöver vara med och arbeta mot målet i Nära Vård, kompetensökning för alla personalkategorier.

Förskjutningen av vården fortsätter ut i Primärvården där kommunen har ett stort ansvar.

KTC, klinisk träningscentrum har startat upp 2024, där personal kan träna på olika moment med handledare eller kollega. Legitimerad personal kan utbilda och instruera omvårdnadspersonal inför olika delegeringsmoment. Studenter kan träna på olika moment innan de utför åtgärden på patient. På KTC finns en docka, bål, arm att träna på olika öppningar, infarter. KTC kommer att utvecklas under året men ännu mer möjligheter till träning för personalen.

Läkemedelshanteringen måste bli mer patientsäker och det finns en planerad repetitionsutbildning under våren för de som redan har en läkemedelsdelegering. Vid förlängning av läkemedelsdelegeringar kan samtal med delegerad personal vara av stort värde. Speciellt de som varit inblandade i avvikelser och inte arbetar patientsäkert i dagsläget. Sjuksköterskan behöver säkerställa att läkemedelsdelegering kan förlängas.

Enheter som inte utför egenkontroll hygien ska utföra det enligt årshjulet.

Reflektion angående vårdhygieniska frågor måste hållas levande.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

- Ökat behov av avancerad hemsjukvård. Andelen som har behov av hemsjukvård kommer fortsätta att öka till följd av att medellivslängden ökar och överlevnaden vid sjukdom/skada blir högre tack vare en alltmer avancerad hälso- och sjukvård.
- Kompetensförsörjning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal och habiliteringspersonal. Både vad gäller möjligheten att rekrytera nya medarbetare med kunskaper inom vård och omsorg och möjligheten att kunna utbilda och delegera arbetsuppgifter.

- Utveckling och implementering av digital teknik för att underlätta och stödja den enskilde i sitt dagliga liv, förbättra patientsäkerheten, självständigheten och effektivisera arbetet för vårdpersonalen.
- Samordnad Individuell Plan, SIP-implementering, är ett prioriterat område att fortsätta att utveckla i förvaltningen.

Fokusområden 2025

Ur patientsäkerhetssynpunkt görs bedömningen att följande patientsäkerhetsområden behöver prioriteras 2025:

- Dokumentation, fortsatt arbete med att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare.

-Egenkontroll journalgranskning
- Fortsätta att kvalitetssäkra och få följsamhet till avvikelshanteringen.
- Säkrare läkemedelshantering, delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska hantera läkemedel på ett säkert sätt, ha uppdaterade listor och planera sitt arbete på ett säkert sätt.

-Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada

-Egenkontroll läkemedelshantering

- Utveckla SIP-arbetet i Bollebygd, arbeta mer personcentrerat, öka antalet dokumenterade och uppföljda SIP.

-Statistik SIP, startade, SIP möte, uppföljning, avslutade.

- Omställningsarbetet Nära vård, fortsätta med proaktivt arbete som Förebyggande team, fortsätta arbetet med digital teknik och kompetensförsörjning.

- Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert

-Senior Alert kvalitetsregister