



Bräcke
kommun

Patientsäkerhetsberättelse För Bräcke kommun År 2024



Datum 250301

Ansvarig för innehållet:

Camilla Nilsson medicinskt ansvarig sjuksköterska

Therese Borg Verksamhetschef Hälso-och sjukvård

Diarienummer 2025/89 77

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"
Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Kommunstyrelsen (KS)	6
Verksamhetschef.....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)...	7
Enhetschefer	7
Hälso-och sjukvårdspersonal.....	7
Omvårdnadspersonal	8
Stödfunktioner	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Samverkan för utskrivning från slutenvården.....	8
Samverkan mellan länets kommuner	8
Avvikelsehantering mellan kommun och region.....	9
Länsgemensam ledning i samverkan	9
Informationssäkerhet.....	9
Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Egenkontroll	12
Palliativ vård	12
Riskbedömningar.....	13
Vårdrelaterade infektioner	13
Hygien.....	13
Undernäring	14
Dokumentation	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Har vården varit säker	14
Avvikelser	14

Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Digital signering	15
Låsta läkemedelsskåp	15
Läkemedelsautomat	15
Läkemedelsgenomgång	15
Säker vård här och nu	16
Riskhantering	16
Struktur för riskanalys	16
Avvikelser	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelser	17
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden	17
Analogt arbetssätt	17
Rutinarbete	17
Kompetensförsörjning	18
Yrkesresan	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19
Patientsäkerhet	19
Samverkan	19
Läkemedel	19
Systematiskt arbetssätt	19
Kompetens	19

SAMMANFATTNING

Under året har stort arbete gjorts för att åtgärda de brister som IVO påtalat i sin tillsyn. Det framgick att redovisning av genomförda uppföljningar av åtgärder i riskanalysernas handlingsplaner för följande områden var bristfällig;

- vård- och omsorgspersonalens kompetens
- vård- och omsorgspersonalens kompetens i svenska språket
- dokumentation
- läkemedelshantering
- tillgång till aktuell information vid vård i livets slutskede

I december 2024 kom beslut från IVO att Bräcke kommun har vidtagit de åtgärder som krävs efter tillsynen av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som gjordes med start hösten 2022. Ärendet är nu avslutat men IVO påtalar vikten av att vårdgivaren i enlighet med sin redovisning faktiskt utvärderar effekten av de vidtagna åtgärderna och vid behov vidtar ytterligare åtgärder.

Som en del av IVO:s tillsyn har utbildningar skapats för omvårdnadspersonal där den största utbildningsinsatsen gäller säker läkemedelshantering och delegering av läkemedel. Utbildningar i verksamhetssystemet LifeCare har varit pågående under hela året där även avvikelshantering har legat i fokus.

Under 2024 har samhället i stort återhämtat sig efter pandemin och restriktioner har dragits tillbaka. Kvalitetsarbetet har påverkats under flera år utifrån pandemin. Vi behöver därför nu prioritera kvalitetsarbetet ute i våra verksamheter för att minska risken för vårdskador och skapa en trygg och säker vård för våra medborgare.

Vaccinationer mot Influensa och Covid- 19 har genomförts i fortsatt samarbete med den regiondrivna primärvården vår och höst.

Målen för patientsäkerhetsarbetet för 2024 är till viss del uppfyllda. Många av målen är långsiktiga och har även tagits med till nästa år.

Fokusområde inför 2025 kommer vara arbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

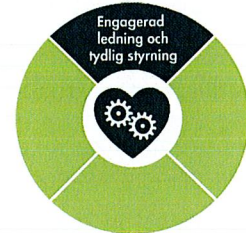
Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Under året har det uppmärksammats att ansvarsfördelningen gällande säker vård behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra detta finns ett behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner.



Övergripande mål och strategier

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

I kommunen finns inga övergripande mål och strategier specifikt för hälso- och sjukvården vilket försvårat arbetet med att stärka arbetet kring patientsäkerhet. Det finns ett övergripande mål som utgår från medborgarnas perspektiv, *Barn och vuxna i behov av vård och stöd ska erbjudas kvalitativa och effektiva insatser*. Detta innebär i stort att Bräcke kommun ska tillhandahålla vård- och stödinsatser som är evidensbaserade och kostnadseffektiva. Förebyggande insatser ska utvecklas. Vården i Bräcke kommun ska präglas av ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt. Vi ska vara öppna för digitaliseringens möjligheter. Det är viktigt att vård- och stötagare känner ett stort förtroende för verksamheterna och är nöjda med de insatser som ges.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen (KS)

Kommunstyrelsen i Bräcke kommun ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Till kommunstyrelsens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef

Inom vård- och socialavdelningen i Bräcke kommun så är verksamhetschefen övergripande ansvarig för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret men kan inte bestämma över de reglerade arbetsuppgifter medicinskt ansvariga har. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)

I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det i stället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- besluten om delegering är patientsäkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

MAS har tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS utreder händelser i avdelningen och att på delegation från KS göra anmälan enligt Lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det samma gäller att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg.

I januari 2024 tillträdde ny MAS i kommunen, tidigare MAS fanns kvar under våren som mentor. MAR anställdes under våren på 20 % och arbetade resterande tid i verksamheten som fysioterapeut. Då det var för få procent att upprätthålla arbetet som MAR valde hen att kliva av sitt uppdrag och därefter har ingen ny MAR anställts.

Enhetschefer

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som styr är kända på enheterna samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Enhetschefer ansvarar för att kontinuerligt arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet genom att följa och analysera enhetens resultat av egenkontroller, riskanalyser och avvikelshantering samt resultat från kvalitetsregister. Visar dessa processer att det finns brister i verksamheten ansvarar chefen för att leda förbättringsarbetet.

Hälso-och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt som möjligt i samråd med patienten samt föra patientjournal. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en

vårdskada. De ska även medverka i det systematiska kvalitetsarbetet tillsammans med enhetschef och omsorgspersonal.

Omvårdnadspersonal

Omsorgspersonal avses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och utför ordinerade och eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed också en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Omsorgspersonal är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet och ska aktivt medverka i och bidra till utvecklingen av verksamheten.

Stödfunktioner

Kommunen har tillgång till externa stödfunktioner som exempelvis Vårdhygien/smittskydd, Palliativa konsultteamet (PKT), Mobila närvårdsteamet (MiNT) och Patientnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan för utskrivning från slutenvården

Samverkan vid utskrivning från slutenvården regleras av lag och lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården antogs 2017. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Lokalt avtal mellan region och kommuner finns tecknat och beskriver målsättningen att alla ska få möjlighet att komma hem från sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara. Under 2024 har Bräcke kommun fått betalningsansvar för 120 dygn.

Riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården är utformad av fredagsgruppens beredningsgrupp och beslutad i fredagsgruppen där representation från både kommun och region finns med.

Riktlinjen för samarbete mellan huvudmännen ska ge stöd i processen kring utskrivning från slutenvården.

Vårdplanering och överrapportering mellan vårdens övergångar, sker via digitalt informationssystem (Cosmic Link).

Samverkan mellan länets kommuner

Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten och gemensam planeringsdag. Syftet är att ge stöd och driva gemensamma frågor samt arbeta fram gemensamma riktlinjer/rutiner.

Avvikelsehantering mellan kommun och region

Avvikelse som kommer till eller skickas från kommunen går via MAS och berörda parter. Under året skapade regionen en länsgemensam rutin för hantering av avvikelser samt ett formulär som fylls i och skickas tillsammans med avvikelse rapporten. Kommunen har skickat 15 avvikelser till regionen och fått svar på 3. Merparten av avvikelserna gäller regionens primärvård och samverkan vid utskrivning från slutenvården. Där främsta orsaken gäller att vårdplanering i Cosmic link inte sker på ett aktivt sätt. Avvikelse från Regionen till kommunen har varit 6, samtliga är besvarade från kommunen. Anledning till obesvarade avvikelser från kommunen är inte helt kartlagd men en anledning kan vara att inget gemensamt system för hantering av avvikelser finns och rutinen inte är känd av alla verksamheter inom regionen. Nytt gemensamt system för administrering kommer att införas under hösten 2025.

Länsgemensam ledning i samverkan

Lokal samverkans arena med ledande funktioner från kommun och region har träffats kontinuerligt under året där MAS deltagit. Syftet med dessa möten är att öka och förbättra samverkan och samarbete mellan kommunal/ regional primärvård, ambulansen, 1177, skolan och socialtjänsten. Det krävs fortsatt arbete för att öka samverkan och nå det gemensamma målet för Jämtland/Härjedalen god och nära vård: "Tillsammans för god hälsa genom hela livet". Kärnan i Nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen. Här krävs ett gemensamt arbete för att vi tillsammans ska nå målet.

Möten i lokalsamverkans grupp (LSG) patientsäkerhet har skett regelbundet under året där länet MAS:ar ingår tillsammans med samverkanspartners inom regionen. Exempel regionens patientsäkerhet, patientnämnden, verksamhetsutvecklare, smittskydd, vårdhygien och läkemedelsansvarig läkare tillhörande den regiondrivna vården. Syftet med LSG är att tidigt identifiera risker för patientsäkerhet och tillsammans hitta lösningar för åtgärder och uppföljning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför inhämtas alltid samtycke om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet

Som vårdgivare ska Bräcke kommun utföra slumpmässiga loggkontroller i de patientbundna verksamhetssystem som används en gång varje månad, för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller görs för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har vårdrelation till samt att kontrollera att samtycke finns. Enligt de loggkontroller som gjorts har inga upptäckta intrång skett under året.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej aktuellt.

En god säkerhetskultur

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

Under året har utbildning i avvikelshanteringssystemet skett där enhetschef och legitimerad personal deltagit. Det finns fortfarande brister i arbetet med avvikelshantering och man arbetar olika ute på enheterna. Det saknas struktur för hur arbetet ska göras i teamet på flera enheter, men det finns goda exempel på hur man ska arbeta. Rapportering av avvikelser i kommunen är god och rapporteras in framför allt av omvårdnadspersonal.



Revidering av kvalitetsledningssystemet påbörjades och fortlöpte under hela 2024. Syftet var att tydliggöra processer, främja ett gott systematiskt kvalitetsarbete och öka patientsäkerheten.

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.

Under året har omvårdnadspersonal utbildats av legitimerad personal och kognitiva stödteamet i samband med arbetsplatsträff. Utbildningarna är inplanerad enligt års hjul. Exempel på utbildningar är SBAR (säker informationsöverföring), inkontinens, sårvård, kognitiv sjukdom och diabetes.

Legitimerad personal och kognitiva stödteamet har under året utbildats i palliativvård av Palliativa konsultteamet (PKT). I syfte att skapa palliativa team ute på enheterna. Även hälsocentralens läkare blev inbjudna vid ett tillfälle, en läkare deltog.

Under året har även en sjuksköterska erhållit sin specialistexamen mot vård av äldre samt förskrivningsrätt. En annan sjuksköterska har påbörjat specialistutbildning mot vård av äldre.

Utformning och uppstart av ny delegeringsutbildning under våren 2024 har genomförts av MAS och distriktssköterska. Distriktssköterskan har i huvudsak haft fokus på att utbilda och handleda omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonalen har varit väldigt positiva till utbildningen oavsett om de haft delegering sedan tidigare eller är helt nya.

Utbildning/fortbildning i dokumentationssystemet LifeCare HSL har pågått regelbundet under hela året för att öka kompetensen och därmed patientsäkerheten. Legitimerad personal tycker fortsatt det är svårt med dokumentationen och fortsatta uppföljningar krävs även nästkommande år.

För att säkerställa patientsäkerheten under semesterperioderna sker det introduktionsutbildningar till alla semestervikarier.



Under året har flera kompetenshöjande utbildningar erbjudits via Region Jämtland/Härjedalen samt demensdagarna och distriktssköterskedagarna.

Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



I arbetet med patienter eller brukare ingår även att ge stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med respekt för närståendes situation. Närstående ska bli sedda och lyssnade på och ska ses som en resurs i arbetet med patienten, då de kan tillföra kunskaper som är värdefulla för personcentrerad vård. Varje patient får vid upprättande av sin hälsoplan möjlighet att beskriva och påverka hur insatserna ska utföras och uttrycka sina förväntningar och mål. Samverkan med närstående kring patientens säkerhet sker (efter samtycke från patienten) främst vid vårdplanering/SIP, exempelvis inför riskanalys av skyddsåtgärder, risker för fall och läkemedelshantering.

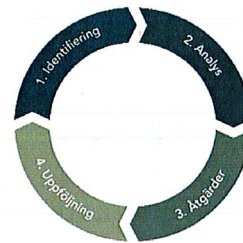
Vid utredning av allvarlig händelse kontaktas patient och/eller närstående av MAS efter inhämtande av samtycke för att ge sin upplevelse av händelsen. Genom olika brukarundersökningar kan individen lämna åsikter och upplevelser gällande ett flertal frågor angående vård- och socialnämndens verksamhet. Information lämnas alltid om kommunens deltagande i nationella kvalitetsregister och möjligheten att avstå att delta i registreringar.

Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla patienter och anhöriga/närstående.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Egenkontroll

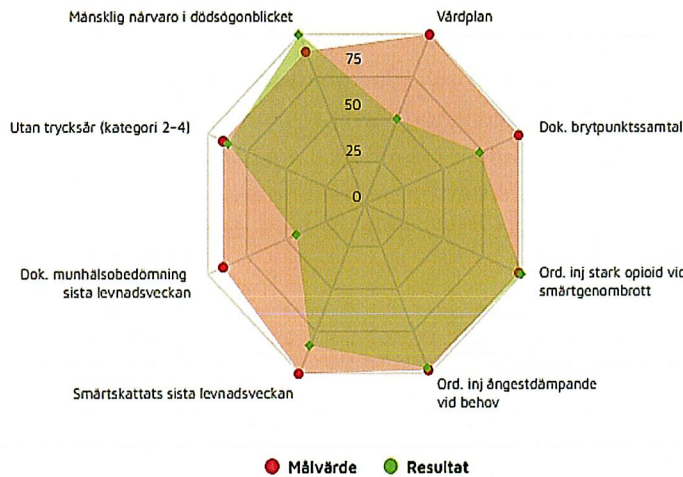
Egenkontroller utförs enligt vård-och omsorgs egenkontrollplan. Av den framgår vem som är ansvarig över att egenkontrollen utförs och vem som är ansvarig över åtgärder/uppföljning. Fördjupad kvalitetsgranskning av verksamheterna (SOL/HSL) ska göras vartannat år. Granskningen görs av MAS och verksamhetsutvecklare SOL. Resultatet delges sedan enhetschefer som upprättar handlingsplan utifrån vad resultatet visar. Uppföljningar görs av biträdande socialchef för att säkerställa att egenkontroller utförs. Vi har inte kunnat jämföra resultat med tidigare år för de interna egenkontrollerna då verksamheterna inte har arbetat på ett systematiskt sätt och inga resultat från tidigare år har kunnat återfinnas.

Palliativ vård

I Bräcke kommun var det 30 dödsfall som registrerades i palliativa registret år 2024 och som avled inom kommunala hälso-och sjukvården. Sjuksköterska registrerar i kvalitetsregistret och MAS följer upp resultatet två gånger/år. Resultatet har förbättrats men målvärdet är inte uppnått för alla kvalitetsindikatorer. Fortsatt arbete krävs för att uppnå målen. Det resultat där vi ser positiv förändring är smärtskattning sista levnadsveckan som föregående år visade ett resultat på 44,8 procent. Under året har Palliativa konsultteamet utbildat legitimerad personal och det kan vara anledning till förbättring. Under året har MAS presenterat resultat från registret vid legitimerad personals arbetsplatsträffar och lyft resultatet till hälsocentralen då läkare är ansvarig över att brytpunktsamtal sker samt att det dokumenteras. Skapandet av palliativa team i kommunen är en åtgärd för att stärka kompetensen och öka kvalitén av vården.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

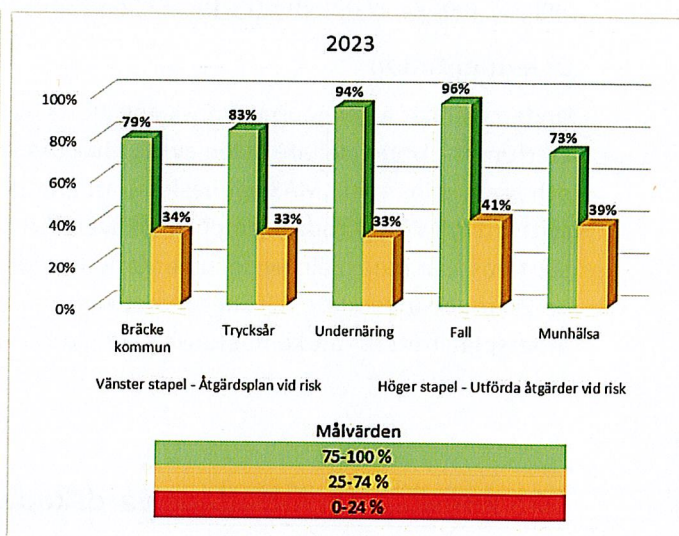
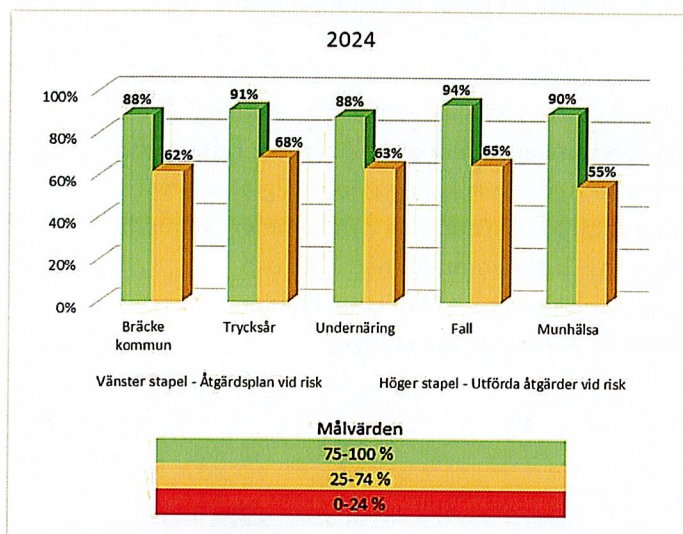
Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	50,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	73,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,7
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	83,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	43,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	86,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Riskbedömningar

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stöda det förebyggande arbetet kring fall, trycksår, undernäring, utveckla ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Registret har inte använts i kommunen för att identifiera risk för blåsdysfunktion.

Det som uppmärksammas ska även dokumenteras i verksamhetssystemet LifeCare HSL där utredning, behandling och uppföljning ska ingå.

Antalet registreringar har ökat från föregående år och riskbedömningar har gjorts på 94 unika personer detta år. 132 riskbedömningar är gjorda av de unika personerna och 128 av dessa har någon av riskerna för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Föregående år riskbedömdes 75 unika personer. Målet att göra åtgärdsplan vid risk är uppnått medan arbete finns för att vi även ska nå målet för att åtgärder vid risk utförs.



Vårdrelaterade infektioner

I november gjordes svenska HALT som är mätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Vid årets mätning ingick 56 patienter och ingen av dessa hade vid mättillfället inte någon bekräftad infektion eller antibiotikaanvändning.

Hygien

Kontaktsmitta via händer är den vanligaste smittvägen inom all vård och omsorg. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i all hälso- och sjukvård och omsorg. Goda hygienrutiner betyder färre fall av vårdrelaterade infektioner (VRI) som i sin tur betyder mindre användning av antibiotika och minskad användning av antibiotika motverkar antibiotikaresistens.

Självskattning av basala hygienrutiner ska göras två gånger varje år. Resultatet visar att det finns brister kring basala hygienrutiner och som ett led att stärka arbetet kring området ingår nu Socialstyrelsens webbutbildning *Basala hygienrutiner i vård- och omsorg* i delegeringsutbildningen som en obligatorisk del. Det beslutades även i ledningsgrupp för Vård- och socialavdelningen att all personal inom vården ska skriva under en *överenskommelse basala hygienrutiner och personligt*

hygienansvar som signeras av både enhetschef och vårdpersonal. Uppföljningar kommer att göras vid enhetschefmöten.

Undernäring

Nattfastemätning ska göras inom särskilt boende (SÄBO) två gånger varje år enligt egenkontrollplan. För de äldre som bor på äldreboenden är nattfastan en naturlig del av dagen, men det är viktigt att den inte blir för lång. En lång nattfasta kan öka risken för undernäring och andra hälsoproblem. Genom att erbjuda små måltider, nattliga mellanmål och anpassade måltidstider kan verksamheten säkerställa att de boende får tillräckligt med näring och bibehåller sin hälsa och välbefinnande. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. På vårdboenden där den boende inte har möjlighet att ta sin mat själv måste det finnas rutiner för att erbjuda extra mat under kvällar och nätter. Annars finns det en risk för att boende drabbas av undernäring. Resultaten av mätningen visar att nattfastan är för lång för många av patienterna på SÄBO. Uppföljningar kommer att göras på enhetschefsmöten.

Dokumentation

Under året har ingen journalgranskning gjorts av MAS då ingen mall eller rutin för granskning återfunnits. Under senare delen av året har MAS och verksamhetsutvecklare för HSL upprättat rutin och granskningsmall. MAS har beslutat att granskningen ska göras via kollegial journalgranskning i syfte att lyfta fram goda exempel men även förbättringsområden. Granskningen kommer ske med start nästa år med hjälp av dokumentationsstödare inom HSL tillsammans med MAS och verksamhetsutvecklare HSL. Resultatet kommer att delges all legitimerad personal under arbetsplatsträff för att kompetensen kring dokumentation ytterligare ska stärkas.

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.



Det åligger varje enskild enhet inom Bräcke kommun att utreda inträffad vårdskada eller risk för vårdskada där analysen och åtgärder syftar till att identifiera orsak till händelse och via ett gemensamt teamarbete komma fram till åtgärder för att undvika att liknande händelse inträffar igen. Arbetet med att förebygga vårdskador är ett ständigt pågående arbete och kommer prioriteras högt under kommande år.

Har vården varit säker

En händelse har under 2024 utretts av MAS gällande allvarlig vårdskada. Efter utredningen av händelsen konstaterades brister i dokumentation och information/kommunikation mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Avvikelser

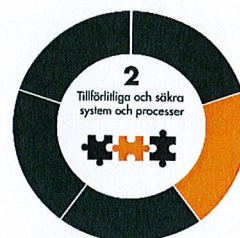
Under året har totalt 1280 vårdskadehändelser rapporterats vilket är en ökning från föregående år då det rapporterades 1057 vårdskadehändelser. De vanligaste rapporterna gäller läkemedel och fall.

Händelser där läkemedel varit involverad är 502 och för fall 559. Inga rapporter har kommit in för vårdrelaterade infektioner och det beror på att det inte har rapporterats i avvikelssystemet. MAS har informerat legitimerad personal att det ska rapporteras då det räknas som vårdskada.

Svårigheter finns för att ta fram relevant statistik från verksamhetssystemet då många utredningar ligger som aktiva och inte är avslutade. Rutinen för vårdskador är under året reviderad av MAS i syfte att tydliggöra roller och processer.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Digital signering

Digital signering finns i hemsjukvården där man signerar delegerade hälso-och sjukvårdsinsatser. Det innebär att endast de som har dokumenterad delegering i LifeCare HSL kan utföra åtgärden.

Låsta läkemedelsskåp

Alla patienter på SÄBO förutom ett boende har digitala låsta läkemedelsskåp där alla öppningar av medicinskåpet loggas i systemet. Det innebär också att endast personal med delegering har tillgång till läkemedelsskåpet. Även sjuksköterskor/distriktssköterskor har tillgång till skåpen. Digitala låsta läkemedelsskåp finns inte inom hemsjukvården.

Läkemedelsautomat

Läkemedelsautomat säkerställer att rätt medicin ges i rätt tid till rätt patient.

Under oktober månad utbildades omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, verksamhetsutvecklare HSL och MAS av Evondos inför införandet av läkemedelsautomat i Gällö hemsjukvårdsområde.

Selektering av vilka patienter som uppfyllde kriterierna för läkemedelsautomat gjordes under samma månad. I november placerades de första 13 automaterna ut till patienter. Införandet var lyckat och satte Bräcke kommun på kartan inom välfärdsteknik. Projektledare från Evondos har funnits nära till hands under hela processen för stöd och frågor.

Vinster som setts redan är att patienterna är nöjda och känner sig mer självständiga och det har kunnat planerats ut delegeringsfria rader för omvårdnadspersonalen. Från start i slutet på november fram till sista december har 1492 doser levererats och en följsamhet på 99,7 % har uppnåtts.

Läkemedelsgenomgång

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång. Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana, ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

I Bräcke ska patient som flyttar till SÄBO eller blir ansluten till hemsjukvården erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång och fortsättningsvis minst en gång varje år. Under året visar statistik att 27 patienter har erbjudits enkel läkemedelsgenomgång och föregående år gjordes 23. Fördjupad läkemedelsgenomgång gjordes på 6 patienter föregående år och detta år har 12 patienter erbjudits fördjupad läkemedelsgenomgång. Siffrorna visar att ett fortsatt arbetet behövs för att alla patienter ska erbjudas läkemedelsgenomgång minst en gång varje år. Vi ser också att det ser olika ut på enheterna där större delen har utförts på ett SÄBO i kommunen.

Säker vård här och nu

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



Riskhantering

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

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

Struktur för riskanalys

Genom egenkontroll och analys av avvikelser görs fortlöpande bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa och som kan medföra brister i verksamheten. Enhetschef ansvarar för alla avvikelser på enheten, analyserar avvikelser tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut samt andra professioner vid behov. Vid allvarigare händelser görs risk- och händelseanalyser, dessa utreds av MAS och verksamhetsutvecklare SOL. Den enskilde och anhöriga görs delaktiga i det arbetet.

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. All vård och omsorgspersonal är också skyldig att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållande som har inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av händelse inträffar igen. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande avvikelserutin. Avvikelsehanteringen hanteras enligt rutin av enhetschef, verksamhetschef HSL, MAS och verksamhetsutvecklare.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

Avvikelser ska identifieras, rapporteras, dokumenteras, analyseras, åtgärdas, följas upp och återrapporeras ut till verksamheten. Regelbundet varje månad ska närmaste chef redovisa enhetens avvikelser för vård- och omsorgspersonalen för att öka lärandet, höja kvalitén i vården och därmed öka säkerheten.

Sammanställning av avvikelser som rör fall, läkemedel, trycksår och infektionsregistrering redovisas årligen till ansvarig nämnd.

Klagomål och synpunkter

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

Hanteras i första hand på den berörda enheten. Samverkan sker med berörda parter samt vid behov verksamhetsutvecklare inom SOL. MAS ansvarar för att hantera klagomål och synpunkter utifrån patientsäkerhets aspekt och anmälan/samverkan med IVO.

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till avdelningen på olika sätt till exempel via brev, mejl, telefon, direkt till avdelningen och olika yrkesutövare. På kommunens hemsida finns information om hur man kan göra för att lämna synpunkter till kommunen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Analogt arbetssätt

Rutinen för analogt arbetssätt är under året färdigställd och är godkänd av biträdande socialchef. Rutinen är utskickad till enhetschefer/verksamheter inom vård- och sociala avdelningen för att de ska kunna komma med synpunkter innan den publiceras i kvalitetsledningssystemet.

Katastrofplan vid oplanerade avbrott finns för kortare avbrott. En krispärm håller på att tas fram för analogt arbetssätt som ska användas vid längre avbrott och ska gälla alla enheter inom vård och omsorg.

Rutinarbete

MAS har under året påbörjat revidering av rutiner för att säkerställa likvärdiga arbetssätt ute i verksamheterna. Arbetet tar tid och kommer fortgå under 2025.

Kompetensförsörjning

Under året har flera patienter med avancerad vård skrivits ut från slutenvården. Hälso- och sjukvårdspersonal har under året utbildats av slutenvården för att säkerställa kompetensen inför att patient kommit hem. Utmaningar finns nationellt för att säkerställa kompetensförsörjningen ute i kommunerna. Kommunens legitimerade personal kommer fortsatt ha möjlighet att delta på exempelvis regionens primärvårdsdagar. Omvårdnadspersonal kommer fortsatt delta på interna utbildningar som hålls av legitimerad personal, bl.a kommer ny satsning göras i lyft och förflyttningsteknik under 2025.

Yrkesresan

Ett koncept för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare, är en nationell satsning med regionalt genomförande som ger lokal kompetens. Paketerar bästa tillgängliga kunskap pedagogiskt och samlat samt innehåller både digitalt lärande och kursdagar som anordnas regionalt eller lokalt.

LSS kommer under nästkommande år starta arbetet med Yrkesresan.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhet

Fokus kommer att ligga högt på att arbeta fram en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet där förutsättningar, prioriteringar, åtgärder samt mål framgår. Grunden för den lokala planen ska vara Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet som kommer revideras under våren. Utifrån lokal handlingsplan ska strategier för kommande år tas fram.

Det tar tid att bygga upp och utveckla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och det krävs att alla verksamheter är delaktiga i arbetet. Det kommer krävas utbildningsinsatser gällande patientsäkerhetsarbetet både på chefsnivå och medarbetarnivå.

Samverkan

Arbetet med omställningen för Nära Vård kommer fortsätta. Omställningen är omfattande och tar tid. Nya arbetssätt behöver arbetas fram tillsammans med berörda aktörer. Samarbetet mellan kommun och region behöver stärkas.

Arbetet kring Nära Vård har avstannat i Bräcke och därför kommer omstart av Lokal samverkansgrupp göras i mars och en strategidag kommer vara först ut på agendan. Utmaningar för både kommun och region kan vara att omfördela befintliga resurser så att arbetet kring Nära Vård implementeras fullt ut och att ett personcentrerat förhållningssätt ligger i fokus.

Läkemedel

Arbetet med att säkerställa patientsäkerheten vid all läkemedelshantering kommer fortsätta genom fortsatt extern kvalitetsgranskning och ett aktivt arbete med åtgärdsförslagen som ges vid granskningen.

Arbetet med att implementera läkemedelsautomater inom hemsjukvården på fler orter fortsätter under året, där Kälarne är näst på tur mars 2025. I Bräcke tätort kommer implementering ske senare under 2025.

Systematiskt arbetssätt

Ett aktivt arbete krävs kring arbetet för vård-och socialavdelningens systematiska kvalitetsarbete där uppföljning av egenkontroller ingår. Utmaningar som ses är att det saknas övergripande system för att följa upp och redovisa åtgärder och resultat av b.la egenkontroller som sedan ska vara en grund för den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Som exempel har några av de närliggande kommunerna i Jämtland/Härjedalen köpt in Stratsys. Med hjälp av Stratsys samlas allt kvalitetsarbete i en gemensam plattform och skapar förutsättningar för att rätt sak görs på rätt sätt, vid rätt tillfälle.

Kompetens

Fortsatt arbete med att utbilda och skapa palliativa team tillsammans med Palliativa konsultteamet för att stärka kompetensen och öka kvalitén för våra patienter. Nästa steg är att utbilda undersköterskor som ska ingå i teamet för våra palliativa patienter.