

Patientsäkerhetsberättelse för Norsjö kommun År 2024



Datum: 2025-01-28

Ansvarig för innehållet: Carin Östlund, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sofie Lindström, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: KS-25/00278

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 ([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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier 2024	5
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av egenkontrollerna.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu.....	21
Är vården säker idag.....	21
Riskhantering.....	22
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelser	23
Klagomål och synpunkter	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden	26
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2025.....	26

SAMMANFATTNING

För 2024 var det uppsatt två mål men inget av målen har nåtts helt.

Mål 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

Det förebyggande arbetssätt och strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktninskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

Resultatet i kvalitetsregistret visar att inte alla brukare/patienter på särskilt boende fått en riskbedömning 2024. På ett av särskilda boende för äldre är riskbedömningar gjorda på papper på brukare/patienter men inte infört i registret.

På ett annat särskilt boende för äldre har inte alla Senior alertombud hunnit få utbildning i riskbedömningar vilket är en förklaring till att det inte är genomfört riskbedömningar på alla brukare/patienter på särskilt boende. Utbildning har inte kunnat genomföras beroende på att det har varit svårt att få till tid som passar personal och utbildare. Utbildning och stöttning i arbetet kommer att fortsätta under 2025.

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Inga fördjupade läkemedelsgenomgångar har rapporterats in i journalsystemet eller i kvalitetsmätningen vecka 46. Kvalitetsmätningen på ett särskilt boende är inte genomförd på grund av sjuksköterskebrist. Patientarbetet har behövt prioriteras och inte kvalitetsmätningen. På det boendet kan det ha utförts läkemedelsgenomgångar som vi inte fått med.

Det har varit brist på sjuksköterskor och brist på läkartider vilket har gjort att det är patientärenden som behövt lyftas på läkarkonsultationerna och läkemedelsgenomgångar har bara gjorts som enkla. Läkaren ser över läkemedelslistan vid konsultationer i patientärenden så antalet enkla läkemedelsgenomgångar är fler än vad som dokumenteras, 12 stycken. Vid fördjupade läkemedelsgenomgångar krävs förberedelse genom skattning av symtom och provtagning bland annat.

För att följa statistik av läkemedelsgenomgångar behöver sjuksköterskorna dokumentera det i patientjournalen under rätt KVÅ-kod (= klassifikation av vårdåtgärder) vilket inte görs och det försvårar att få fram statistik.

Mål för 2025 blir samma som varit för 2024 eftersom det behövs jobbas vidare med dessa.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier 2024

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

Mål 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

Strategier:

Återinföra strukturerade riskbedömningar enligt Senior alert. När det upptäcks risker ska det utredas om det finns bakomliggande orsaker, åtgärder ska sättas in och uppföljningar göras. Enheterna ska genom chef och ombud delges resultaten regelbundet till vård- och omsorgspersonalen och ansvariga legitimerade personal.

Resultat Mål 1:

I tabell 1 visas övergripande resultat hämtat från Senior alerts rapport. Rapporten visar att det är 22 personer som fått riskbedömning gjord och infört i registret. Resultatet i rapporten visar personer införda i registret från Solbacka, Vinkelbo avd 2 samt Vinkelbo korttidsboende. Där det har upptäckts risker har åtgärdsplan satts in till alla med risk 100%, utom vid blåsdysfunktion 92%. Uppföljningar har inte genomförts till alla men det kan vara att det inte gått tillräcklig lång tid efter riskbedömningen. Uppföljning ska göras inom 3 månader sedan åtgärderna sattes in.

Analys

Det förebyggande arbetssätt och strukturen i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för trycksår, ofrivillig viktminskning, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder.
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.

På ett boende har man hunnit göra flera riskbedömningar på samma person. På ett annat boende har man genomfört riskbedömningar på papper på alla brukare/patienter men inte lagt in det i kvalitetsregistret, därför är det inte med i resultatet i tabellen. På ett boende har inte alla Senior alert ombud hunnit få utbildning i riskbedömningar vilket är en förklaring till att det inte är genomfört riskbedömningar på alla brukare/patienter på särskilt boende för äldre. Utbildning har inte kunnat genomföras beroende på att det har varit svårt att få till tid som passar personal och utbildare, men utbildning och stöttning i arbetet kommer att fortsätta under 2025.

En utmaning till att få det riskförebyggande arbetet att fortskrida är att få enhetschefer, legitimerad personal och personal på avdelningarna att jobba tillsammans och mötas i TEAM. Teamträffar behövs för att få till förbättringar för de äldre både på individnivå och i verksamheten. Bristen på sjuksköterskor i kommunen gör att det är svårt att få till tider för regelbundna teamträffar. På teamträffar ska riskbedömningar där det uppmärksammas risker tas upp och i teamet ska man se på bakomliggande orsaker, planera in åtgärder, som ska utföras och sedan ska de följas upp. I nuläget är det oftast Senior alert ombuden som gör hela processen och då finns risk att det inte blir känt bland övrig personal vilka åtgärder som sätts in.

Tabell 1. Övergripande resultat från kvalitetsregistret Senior alerts rapport hämtad 2025-02-18.

Resultat 2024				
Område Särskilt boende äldre: <i>22 unika personer</i>	Risk- bedömningar:	Andel riskbedömningar med risk	Åtgärdsplan vid risk	Uppföljning av utförda åtgärder vid risk
Risk för trycksår	12 av 35	34%	100%	4
Risk för undernäring	27 av 35	77%	100%	9
Risk för fall	31 av 35	89%	100%	11
Risk för ohälsa i munnen	9 av 24	38%	100%	2
Risk för blåsdysfunktion <i>14 unika personer</i>	13 av 15	87%	92%	0

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Strategier:

Samverkan med hälsocentralen för att det ska avsättas tillräckligt med läkarresurser och helst även apotekare som är med vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sjuksköterskorna behöver prioritera planering för fördjupade läkemedelsgenomgångar, det krävs förberedelser såsom provtagning och skattningar innan fördjupade läkemedelsgenomgångar kan genomföras.

Resultat Mål 2:

Inga fördjupade läkemedelsgenomgångar har rapporterats in i journalsystemet eller i kvalitetsmätningen vecka 46. Kvalitetsmätningen på ett särskilt boende är inte genomförd på grund av sjuksköterskebrist,

patientarbetet har behövts prioriteras och inte kvalitetsmätningen. På det boendet kan det ha utförts läkemedelsgenomgångar som vi inte fått med.

Det har rapporterats in att det är genomfört 12 enkla läkemedelsgenomgångar. Det görs en enkel läkemedelsgenomgång varje gång det tas upp ett patientärende med läkare. Läkaren ser över läkemedelslistan vid konsultationer.

Analys

Det har varit brist på sjuksköterskor och brist på läkartider vilket har gjort att det är patientärenden som behövts lyftas på läkarkonsultationerna och läkemedelsgenomgångar har bara gjorts som enkla. Vid fördjupade läkemedelsgenomgångar krävs förberedelse genom skattning av symtom och provtagning bland annat. När det är ont om tider med läkare har det blivit ner prioriterat då patientkonsultationer har behövts göras i stället.

För att följa statistiskt läkemedelsgenomgångar behöver sjuksköterskorna dokumentera det i patientjournalen under rätt KVÅ-kod (= klassifikation av vårdåtgärder) vilket inte görs och det förvärrar att få fram statistik.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare/Kommunstyrelsen

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvård för vårdgivare, utbildning- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

Verksamhetschef för omsorg

Verksamhetschef för Omsorg där även hälso- och sjukvården ingår representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet samt patientsäkert i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS utgör tillsammans med MAR och verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Mas ansvarar för att:

1. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
2. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen,
3. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
4. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt patientsäkerhetslagen och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda samt anmäla Lex Maria ärenden och anmäla om det finns skäligen anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Medicinskt ansvarig rehabilitering, MAR

Legitimerad arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut med ansvar för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet för områdena rehabilitering och behandling inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. MAR utgör tillsammans med MAS och verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAR ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområden.

Medicinsk ansvarig för rehabilitering ansvarar för:

- 1) att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- 2) att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- 3) att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- 4) att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna
- 5) att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- 6) att anmälan görs till socialnämnden som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.
- 7) MAR ansvarar även för att det finns rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter och hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbete, förbättringsarbete och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

Kvalitetsledningsgrupp

Verksamhetschef omsorg, omsorgs strateg, MAR samt MAS har ingått i denna grupp som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter på övergripande nivå. Kvalitetsledningsgruppen träffas ungefär 1 gång/månad.

Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Region Västerbotten: Hälsocentral, Smittskydd och Vårdhygien. Patientnämnden kan också vara en del i det externa kvalitetsarbetet. Till patientnämnden kan individer kostnadsfritt vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Inspektionen för vård och omsorg, IVO har en

nationell tillsyn av äldreomsorgen som pågår ännu. Deras tillsyn visar på förbättringsområden som det behövs arbetas med.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansträffar sker månatligen med Norsjö hälsocentralsledning, verksamhetschef och avdelningschef samt kommunens hälso- och sjukvårdsledning: verksamhetschef omsorg, enhetschef medicinska enheten, MAR och MAS. Träffarna gör det möjligt att ta upp övergripande frågor som berör verksamheterna och att lösa problem tillsammans. En arbetsgrupp (avdelningschef från hälsocentralen, enhetschef medicinska enheten och MAS samt MAR) jobbar sedan vidare med att revidera och upprätta gemensamma rutiner. Lokal rutin gällande teamsamverkan och läkarmedverkan i Norsjö finns.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten som ger stöd vid bland annat vårdhygieniska frågor, i samband med om- eller tillbyggnation inom vård och omsorg samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. De håller i utbildningar och genomför hygienronder samt stödjer kommunen med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta till exempel om en brukare är bärare av multiresistenta bakterier och vid infektioner. Vårdhygien har varit och är ett ovärderligt stöd i förbättring av det förebyggande arbetet för att minska smitta. De fortsätter även att vara till stöd och förmedlar rekommendationer till kommunerna för att underlätta vårt patientsäkerhetsarbete samt utarbetar rutiner för kommunerna inom deras kunskapsområde.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten som utför kontroller och lagar medicintekniska hjälpmedel. De stöder och ger råd när medicintekniska hjälpmedel ska köpas in.

Avtal finns även med Hjälpmedelscentralen, Region Västerbotten gällande personligt utskrivna hjälpmedel och en del medicintekniskutrustning som vi hyr.

Överenskommelse finns om samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsobedömning) och nödvändig tandvård med Region Västerbotten.

Samverkan sker även i Strategiska samverkansgrupp i Skellefteå och Norsjö området. Samverkansgruppen har representanter från ledning i Skellefteå sjukvårdsområde, Skellefteå kommun samt Norsjö kommun och det representerar området äldre, vuxna samt barn och unga.

I länet samverkar medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS och medicinskt ansvariga rehabilitering, MAR i nätverk för länet för att tillsammans lyfta patientsäkerhetsfrågor och hjälpas åt med omvärldsbevakning. Inlandets 8 kommuner, där Norsjö ingår, har regelbundna nätverksträffar för MAS och MAR där samverkan sker gällande gemensamma frågor inom patientsäkerhet i mindre kommuner.

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Samverkan sker därför även inom kommunen med verksamhetschef omsorg, ansvariga chefer inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, omsorgens strateg, kvalitetssäkringssamordnare, chefsstöd, MAR och MAS i Verksamhet äldre och funktionsnedsättningsomsorgen (VÄFO) 1 gång per månad. Där behandlas till exempel ny information, organisationsfrågor, kvalitetsfrågor och övrigt som berör kvalitet och säkerhet i verksamheterna. VÄFO mötet är även styrgrupp för kvalitet i Omsorgen,

KOM. I KOM arbetas det med att förbättra kvalitén inom vård av äldre på särskilt boende. En arbetsgrupp bestående av kvalitetssäkringssamordnare samt vård och omsorgspersonal jobbar med uppdrag gällande kvalitén.

Det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete i kommunen. Egenkontroller utförs i verksamheterna för att följa verksamheternas resultat.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För att använda de olika systemen i verksamheten där patientuppgifter finns som till exempel Lifecare (verksamhetssystem), Pascal (nationellt ordinationsverktyg för läkemedel), NPÖ (nationell patientöversikt) och kvalitetsregister används tvåfaktor inloggning för att säkerställa att endast behöriga användare kommer åt verksamhetssystemet. Det arbetas med att säkerställa att endast behöriga användare kan ta sig in i systemet och att använda det. När anställning upphör tas deras behörigheter bort. Inom Medicinska enheten används SITHS-kort för inloggning i de olika systemen som behövs i arbetet. Rutin finns för regelbundna och slumpmässiga loggkontroller. Loggkontroll 2024 i verksamhetssystemet var utan anmärkning inom Medicinska enheten.

Strålskydd

Det används cytostatika läkemedel hos vissa patienter. Det finns rutiner hur detta ska hanteras för att ingen personal ska utsättas för någon skada.

En god säkerhetskultur

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

Både patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Det är viktigt att kommunikation mellan kollegor och ledning är öppen för att brister ska komma fram och kunna åtgärdas.



För att systematisk fånga upp risker och brister som berör patienterna skrivs avvikelser av den person som upptäcker händelsen. Om det är risker och incidenter som berör personalens arbetsmiljö skrivs KIA anmälan. Avvikelse rapporter utreds och åtgärder sätts in samt att åtgärder följs upp. När avvikelserna är utredda ska de återkopplas till berörda.

Arbetet med utredningar inom vårdskador ligger efter men åtgärder sätts in i samband med händelsen som rapporteras. Det brister i återrapportering till berörda på så sätt att det tar alldeles för lång tid och ibland uteblir det. För att få till en god säkerhetskultur behöver vi förbättra arbetssätt för vårdskador så att de blir utredda snabbare och få till åtgärder som minskar att liknande

vårdskador inträffar samt återkoppla vad som gjorts till berörda för att tydliggöra att vi jobbar med att förbättra patientsäkerhet.

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.



Vården har förändrats över tid. Den vård som nu utförs inom särskilt boende för äldre och hemsjukvård innebär att det behövs mer kunskap om sjukdomar och sjukvård samt att vården är personcentrerad och samordnad då det kan vara olika vårdgivare som är involverad i patientens vård. Den tekniska utvecklingen går framåt och mer avancerad vård utförs i hemmen vilket innebär att all personal som vårdar den patienten måste ha den kunskap som krävs för att det ska vara tryggt och säkert att utföra vård- och omsorg.

Inom Medicinska enheten arbetar legitimerade sjuksköterskor, legitimerade arbetsterapeuter och legitimerad sjukgymnast. Det gör att vi har bred kompetens inom hälso- och sjukvården bland legitimerad personal där de kan arbeta i team när det behövs runt en patient. Det är spridd ålder i gruppen, olika sjukvårdserfarenheter och de har arbetat olika länge i kommunal hälso- och sjukvård vilket gör att kompetensen är bred och av god kvalitet. Det är ett öppet klimat så de kan lyfta problem med varandra och ge stöttning och råd. När det erbjuds utbildningar som berör vårt område försöker enhetschef utifrån resurser låta personalen gå för att de ska få kompetensutveckling.

Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter är också hälso- och sjukvårdspersonal under tiden de utför uppgiften. Kompetensen inom hälso- och sjukvård hos vård- och omsorgspersonalen behövs förbättrats då det är svårare att få utbildad och erfaren personal att söka till våra verksamheter. Det finns en del som arbetar inom omsorgen som behöver stöd i svenska språket. Det finns möjlighet för anställda att få inloggning i Lingio som är en språkapp men det är inte använt så mycket så det har varit svårt att utvärdera appen. Det finns några enstaka Språkombud inom vård- och omsorg. Det projektanställdes ett språkstöd 2024 som stöd till omsorgens verksamheter. Det finns behov av att göra bedömning av kunskaper i svenska språket inför anställning som ordinarie eller vikarie inom vård och omsorg.

För att ge ny personal en möjlighet att komma in i hur arbetet ska utföras samt ge ordinarie vård- och omsorgspersonal möjlighet till att förbättra eller repetera kunskaper har en sjuksköterska jobbat med utbildning i basalomvårdnad och basala hygienrutiner där personalen har fått göra praktiska övningar på en fullstor docka. Sjukgymnasten har utbildat samma kategorier i förflyttningskunskap samt hjälpmedelshantering. Från hösten 2024 har utbildningarna riktat sig mot nyanställd personal i första hand.

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



Patienter och närstående (efter samtycke från patient) är delaktiga i vårdplanering och vid SIP (=samordnad individuell plan). Vid dessa träffar kan patient och ev. närstående framföra sina önskemål och ta del av information som leder till att personcentrerad vård planeras tillsammans med patienten. Patienten informeras vid förändringar i måendet om vilken vård som kan behövas och finns det olika valmöjligheter ska information ges så patienten förstår och kan göra ett eget val eller närstående om patienten gett den fullmakt.

När det behövs försöker vi ordna att läkare kan göra hembesök (beror på resurser på hälsocentralen) för att träffa patienten och eventuella närstående för att öka patientens delaktighet i planering för vården. Det är lättare att få till hembesök av läkare med kortvarsel om det ska ske i Norsjö centrala samhälle än om det är en bit utanför då behövs framförhållning för att kunna få till att läkare ska kunna följa med på hembesök. Akuta besök på hälsocentralen går alltid ordna.

Patienten och närstående (vid samtycke) är också delaktiga vid läkarens samtal om vårdnivå samt vid tidigt brytpunktsamtal och brytpunktsamtal vid vård i livets slut.

Under 2024 var det 9 patienter som hade ett dokumenterat brytpunktsamtal och 22 patienter dokumenterad individuell vårdplanering inom särskilt boende. Inom hemsjukvården var det 1 patient som hade ett dokumenterat brytpunktsamtal under 2024. Kvalitetsmätningen vecka 46 visar att 41 patienter (95%) hade fått en samordnad individuell plan, SIP.

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. Egenkontrollerna är ett sätt att göra uppföljning. På arbetsplatsträffar redovisar enhetschefer arbeten som pågår samt resultat som framkommit i egenkontrollerna enhetsvis. MAS redovisar egenkontrollerna på MAS-träffar, VÄFO och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Egenkontroller som utförs, se tabell 2.

Tabell 2 Egenkontroller som genomförs under året inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Personalen fyller i självskattningsblankett.
Hygienronder	Ca vart 4:e år	Hygiensköterska från Vårdhygien genomför detta på särskilt boende.
Vårdhygienisk egenkontroll	1 gång/år	Enhetschef samt någon av hygienombud, skyddsombud utför detta.
Nattfastemätning	2 gång per år	Veckolång mätning på enheterna på pappersblankett. Enheterna kan själva mäta oftare. Höstens mätning ingår i kvalitetsmätningen vecka 46.
Kvalitetsmätning	Vecka 46 varje år	Sjuksköterskorna fyller i pappersblankett för särskilt boende samt hemsjukvård.
Trycksår	1 gånger per år	Kvalitetsmätning v. 46.
Avvikelser	Följs löpande och återkopplas löpande till enheterna. Redovisas 1 gång per år i Patientsäkerhetsberättelsen.	Lifecare avvikelssystem
Patientens/närståendes klagomål och synpunkter	Löpande. Utredning och åtgärder återkopplas till anmälaren samt berörda.	Patientnämnden, IVO, avvikelssystemet samt synpunkts- och klagomålssystemet i kommunen.
Undernäring	4 ggr/år eller oftare vid behov. 2 ggr/år	Viktkontroller. Senior alert
Palliativ registret	Följs kvartalsvis och återkopplas till medicinska enheten 4 ggr/år. Rapporteras årsresultat i patientsäkerhetsberättelsen.	Hämtas resultat från palliativ registrets rapporter.
Uppsökande munhälsobedömning och munvårdutbildning	Erbjuds 1 gång per år uppsökande munhälsobedömning. Munvårdutbildning ska all personal genomgå.	Tandvårdsenheten Region Västerbotten utför detta.

Identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av egenkontrollerna

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler:

Självsfattning genomförs av personal i vårdnära yrken. Vid höstens skattning inkom endast 30 kompletta svar. Det finns fortfarande brister i att använda handsprit före vårdtagarna arbete och även handsprit efter vårdtagarna arbete samt brister i användning av plastförkläde när det finns risk för spill, sekret mm vid vårdtagarna arbete. Det finns även brister i följsamhet i klädregler samt hur naglar och hår ska skötas på arbetet hos någon enskild vård- och omsorgspersonal. Det råder fortfarande osäkerhet när olika skyddsutrustning ska användas vid vårdtagarna arbete, även om det visar en viss förbättring i följsamhet i självsfattningen. Utbildning behövs i det praktiska arbetet, skriftliga instruktioner och webbutbildningar. Enhetschef och MAS har gått runt på enhet som varit drabbad av olika smittor under 2024 för att informera personal om vikten att följa hygienrutiner och använda skyddsutrustning på rätt sätt. Utbildning ges till ny personal och har även erbjudits till ordinariepersonal. Utbildning behöver vara återkommande till ordinariepersonal. Det behövs utbildning för att vi inte ska sprida smittsamma sjukdomar inom vård och omsorg. Det är inte alltid känt att en person bär på en smittsam sjukdom därför behöver vi alltid arbeta enligt basala hygienrutiner för att förbygga smittspridning. Målet är att basala hygienrutiner och klädregler följs till 100%. Legitimerad personal som utbildar kan erbjuda specifika utbildningar på enheterna efter behov. Utbildarna gör egna utvärderingar vid utbildningstillfällena som återkopplas till respektive enhetschef.

Hygienrond och Vårdhygienisk egenkontroll

Hygienrond med vårdhygienssköterska planeras in 2025 på särskilt boende för äldre tillsammans med enhetschef, MAS och hygienombud på enheten.

Respektive enhetschef ansvarar för att arbeta fram handlingsplan för brister som framkom vid egenkontrollen tillsammans med personalen och åtgärda dessa samt följa upp åtgärderna.

Vårdhygienisk egenkontroll internt inom enheterna har inte genomförts under 2024.

Nattfastemätning

Höstens mätning visar att vi fortfarande har för lång nattfasta, i snitt ligger det på 12,08 timmar inom särskilt boende för äldre och korttidsboendet. Endast 12 personer (av 65 som var med i mätningen) har en nattfasta under 11 timmar som det är rekommenderat. Övriga har för lång nattfasta. Måltidsordningen innebär att det blir tätt mellan måltiderna dag och kväll, men det långt mellan fika på kvällen och till frukosten serveras. Det behövs att de äldre får något näringsrikt sent på kvällen, under natten eller en tidig frukost för att nattfastan ska minska till rekommenderat under 11 timmar.

Planer finns att få till ett avtal med dietist 2025 för att få hjälp att öka kompetensen inom nutritionsområdet, både för råd vid patientärenden och utbildning på särskilt boende. För att sprida tider för måltidsordning behövs samverkan mellan köksverksamheten, enhetschefer samt personal eftersom det kan behövas ändras arbetssätt och scheman. En arbetsgrupp kommer att bildas för detta och förhoppningsvis kan dietist bidra med kompetens till arbetsgruppen.

Kvalitetsmätning vecka 46 Särskilt boende äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen

Kvalitetsmätningen inom särskilt boende för äldre är inte komplett 2024 beroende på att ett boende inte har haft tillräckligt med sjuksköterskeresurser för att hinna sammanställa mätningen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har godkänt detta då boendet har haft utbrott av både Covid och magsjuka och behövt prioritera patientvården, kontakter med anhöriga och stötta personal. Därför har det inte gått göra någon årsjämförelse på särskilt boende för 2024.

Den statistik som inkommit för särskilt boende 2024 visar att det finns trycksår hos 2 personer. Det används läkemedel som innebär att uppföljningar behövs göras tätt då de kan påverka äldre negativt med biverkningar. De läkemedel som Socialstyrelsen benämner som olämpliga till äldre där använder någon enstaka patient ett läkemedel från den läkemedelsgruppen, antikolinergika¹ läkemedel är det fler som använder.

Många äldre har många läkemedel, kan var 10 eller fler läkemedel som är ordinerade, vilket beror på vilka sjukdomar eller symtom personen har. Nästan alla har hjälp med läkemedelshanteringen, någon enstaka klarar det själ.

Många av de som bor på särskilt boende för äldre har en demensdiagnos som innebär att personalen behöver ha kunskap i att bemöta den äldre personen. Även personer med diabetes är vanligt vilket kräver kunskap i sjukdomen hos personalen.

Samtal mellan läkare och patient samt eventuellt anhöriga utförs i så kallade brytpunktssamtal där diskussion förs med patienten hur den vill ha vården framöver. Det har inte varit så många sådana samtal beroende på att det inte funnits tid för detta i den utsträckning som skulle behövas.

Få skyddsåtgärder används, de följs upp och riskbedömning görs.

Vårdplaneringar har inte heller utförts som det är meningen. Det har legat på kontaktman att kalla till vårdplaneringar och det har inte blivit av. Det har även varit svårt att få till tider med sjuksköterskor beroende på resursbrist.

Brister som kvalitetsmätningen visar på är kända och återkommer trots insatser som görs.

För att följa upp läkemedelsbehandlingarna behövs det avsättas tid för sjuksköterskor och läkare för att kunna göra fördjupade läkemedelsgenomgångar där man ser över att patienterna står på de läkemedel de behöver. Nya insättningar av läkemedel följs alltid upp.

Kunskap behövs hos vård- och omsorgspersonal i olika sjukdomsdiagnoser för att de ska förstå patienterna och uppmärksamma förändrat mående så de kontaktar annan profession i tid. Kunskap i bemötande till personer med demenssjukdom behöver förbättras. Palliativ vård

¹ Läkemedel med antikolinerg effekt används av många äldre för att behandla bland annat högt blodtryck, inkontinens och allergi. Antikolinerga läkemedel blockerar effekterna av signalsubstansen acetylcholin, som bland annat används av vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva funktionerna. Exempel på effekter av antikolinergika är ökad puls, vidgade pupiller, mindre salivproduktion och mindre aktivitet i tarmarna.

kommer att vara ett utvecklingsområde 2025, där sjuksköterska och sjukgymnast som har utbildningstjänster kommer att utbilda vård- och omsorgspersonal.

Kompetensutbildningar och fortbildningar behövs även i olika områden för legitimerad personal men det är svårt att få till då det är resursbrist och svårt avsätta tid för detta samt att det ofta medför en kostnad. Digitala utbildningar och föreläsningar sprids i medicinska enheten för att så många som möjligt ska få möjlighet att delta.

Kvalitetsmätning vecka 46 Hemsjukvård

Se bilaga 1 för årsjämförelse mellan åren 2022–2024.

Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Resultat av kvalitetsindikatorerna i Norsjö kommuns hälso- och sjukvård för 2024 visas i spindeldiagram 1 och för 2023 i spindeldiagram 2 för att kunna jämföra.

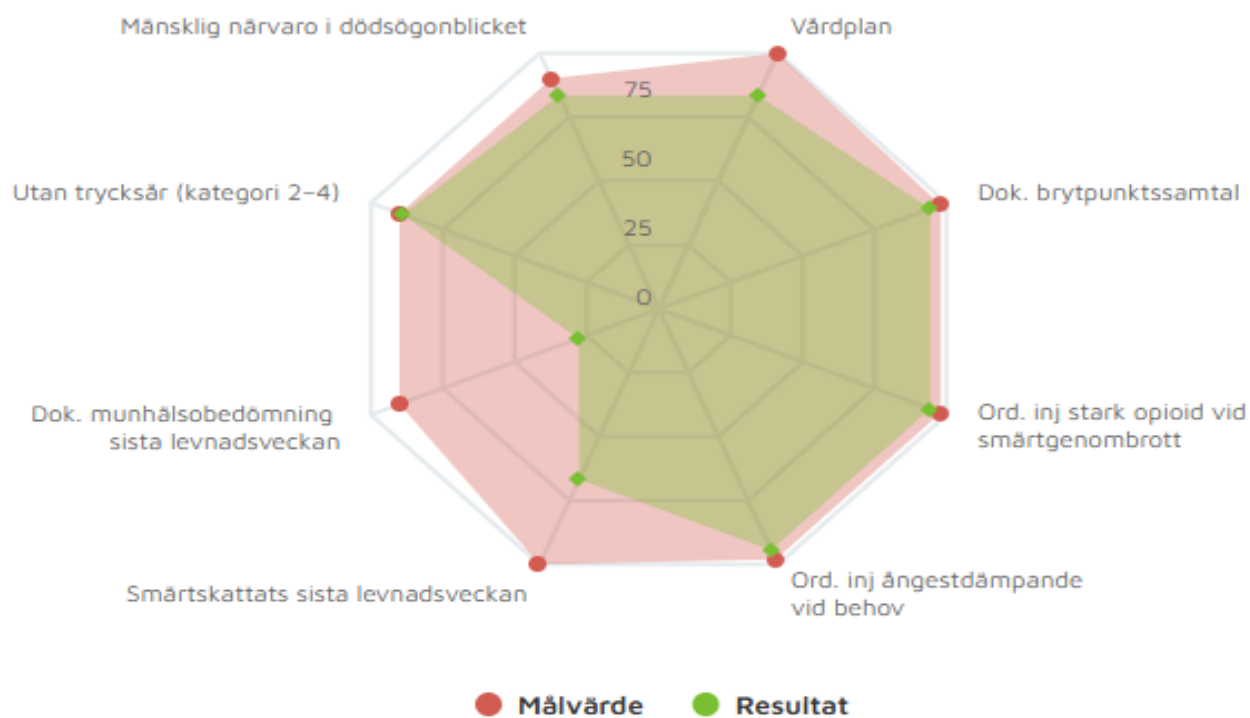
Spindeldiagrammet 2024 visar att Norsjö kommun inte når upp till målvärden på någon indikator men att det är nära på de flesta områdena. Vårdplan, dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är det ett större glapp mellan resultat och målvärden. Det har skett en försämring under 2024 jämfört med 2023. Resultat för 2023 visar att vi nådde målvärden på alla områden utom dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan och smärtskattning sista levnadsveckan.

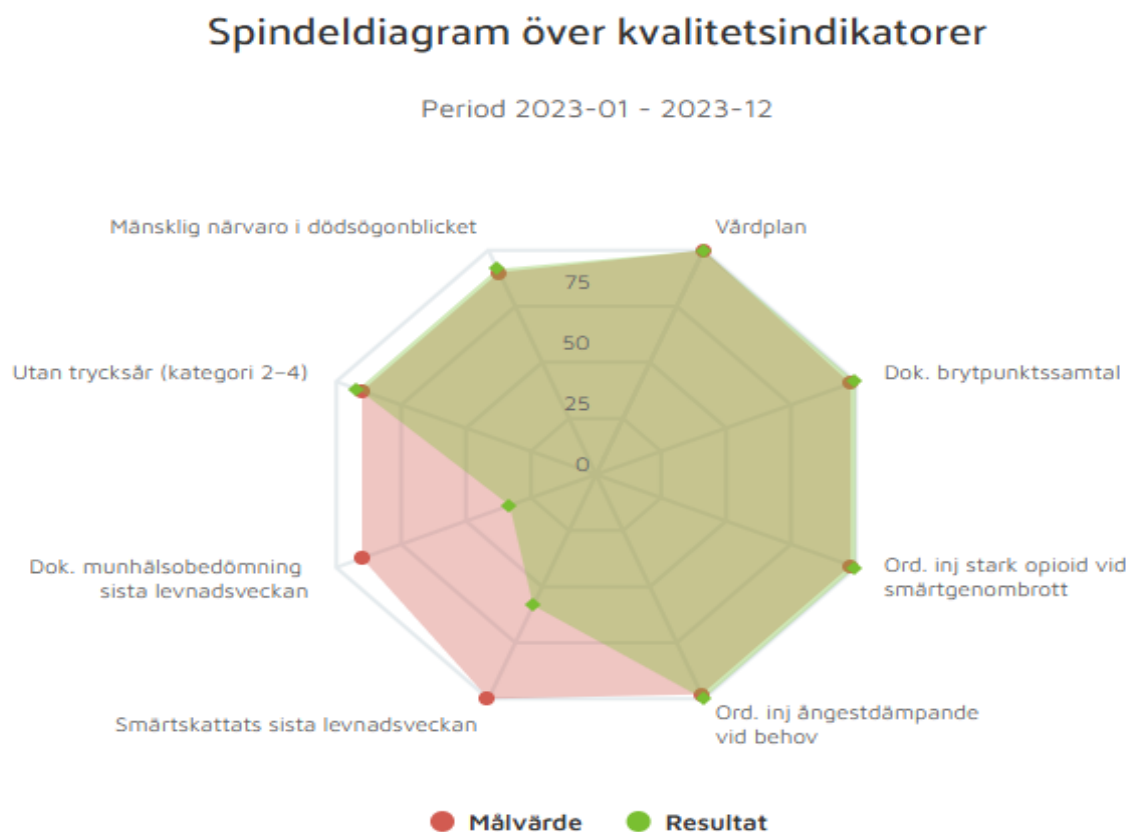
Palliativ vård kommer vård- och omsorgspersonal att erbjudas utbildning i under 2025. Legitimerad personal behöver också få fortbildning i palliativ vård. Kvalitetsindikatorerna för 2024 kommer att visas för medicinska enheten och utifrån resultatet kommer gruppen få diskutera hur de vill jobba vidare för att förbättra palliativ vård.

Spindeldiagram 1. Visar kvalitetsindikatorer från Palliativregistret för 2024.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12





Uppsökande munhälsobedömning och munvårdutbildning

Inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens, ÄFO, särskilt boende är det av de som tackat Ja till uppsökande munhälsobedömning 84,44% som fått det utfört.

Inom ordinärt boende SoL och LSS är det av de som tackat Ja 44,44% som fått det utfört.

Munvårdsutbildning har 2 personal genomfört enligt registret. Munvårdsutbildning har visats på gemensamma träffar på några enheter men de har då inte rapporterats in vilka som deltagit så de är inte med i registreringen.

I introduktionsprogrammet för ny personal ingår det att se webbutbildningen, även ordinarie personal ska gå utbildningen.

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.

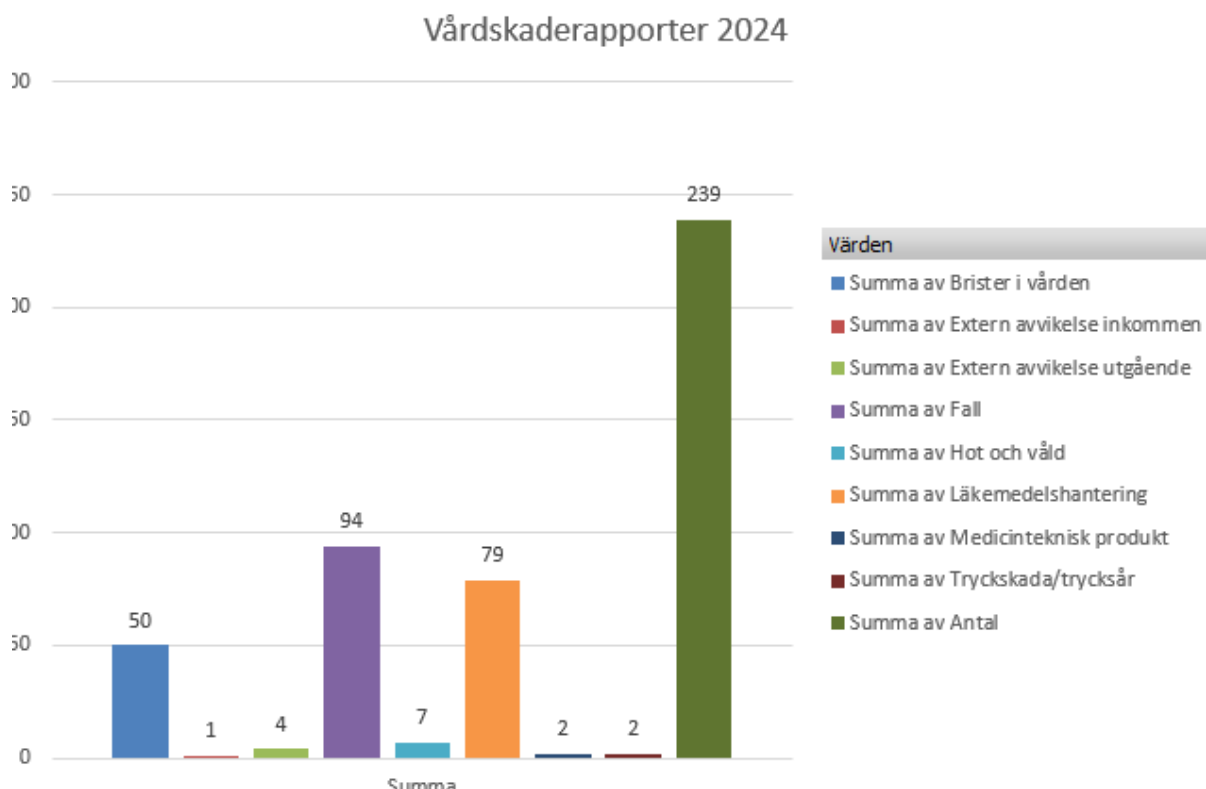


Har vården varit säker

Det har under 2024 inkommit 239 vårdskaderapporter, 2023 var det 448 vårdskaderapporter. Av 2024 års vårdskaderapporter är det gjort 232 utredningar och det är 251 åtgärder insatta.

De klart vanligaste avvikelserna är läkemedelsavvikelser 79st och fall 94st. Övriga avvikelserapporter, se tabell 1. En ökning har skett mellan 2023 och 2024 av avvikelsetyp *Bristar i vården* från 40 till 50 vårdskaderapporter, övriga avvikelsetyper har minskat eller är oförändrade.

Tabell 1. De avvikelsetyper som rapporteras är följande 2024:



De åtgärdstypen som är registrerade är: Händelsenära åtgärd 79st, Kommunikation och information 99st, Omgivningsanpassning 32st, Organisation 3st, Processer, rutiner och riktlinjer är 23st, Teknik, utrustning och apparatur 9st samt Utbildning och kompetens 6st.

Totalt var det klassificerat 229 vårdskaderapporter 2023 och 176 under 2024, se tabell 2. Varför det inte är fler klassificerade vårdskade rapporter 2024 beror på att vi ligger efter i utredningarna så alla rapporter har inte hunnits klassificeras. Varför utredningar inte utförs beror både på osäkerhet i utredningarna och tidsbrist. Utbildningsinsatser om utredning av vårdskador har genomförts och kommer att fortsättas med, till medicinska enhetens personal och enhetschefer inom ÄFO. Tid har blivit avsatt för att utredare ska kunna rådfråga MAS vid utredningar av vårdskador och det har uttryckts att det har varit till hjälp.

Tabell 2. Klassificering av vårdskaderapporter som inkommit jämförelse mellan 2023 och 2024.

År	2023	2023	2023	2023	
Klassificering av Vårdskadeavvikelser	Ej risk för vårdskada/ej vårdskada	Risk för vårdskada	Vårdskada	Risk för allvarlig vårdskada	Totalt antal 2023
Antal	13	199	16	1	229

År	2024	2024	2024	2024	
Klassificering av Vårdskadeavvikelser	Ej risk för vårdskada/ej vårdskada	Risk för vårdskada	Vårdskada	Totalt antal 2024	
Antal	16	147	13	176	

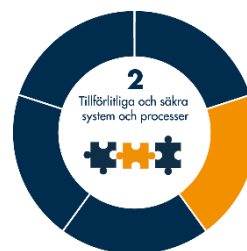
Det har skett förändringar i personalbemanningen där det anställs personer som inte har teoretisk eller reella kunskaper om vård och omsorg samt i vissa fall finns det brister i svenska språket. Kompetensbristerna visar sig även i vårdskador. Bristerna är kända och det arbetas med att höja kvalitén inom vård och omsorg på olika sätt. Praktiska utbildningar ges i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik, hjälpmedelsanvändning. Det arbetas även med vård- och omsorgspersonalen på enheterna för att förbättra deras kunskaper i att ta del av dokumentation och kunskaper i att dokumentera om brukarna. Det behövs även göras individuella språkbedömningar för att kunna veta hur vi kan stötta och hjälpa de som behöver mer stöd för att komma vidare i att förbättra svenska språket. Personal som inte har vård- och omsorgserfarenhet kan trots det fungera riktigt bra i samarbete med patienterna och kollegor. Omsorgens ledning behöver ge dem förutsättningarna att komma in i arbetet på ett bra sätt. Vi behöver lära ut hur vi ska jobba förebyggande och upptäcka risker innan vårdskador inträffar.

Ett sätt att förbättra vård och omsorg är att använda ett strukturerat arbetssätt och göra riskbedömningar, och när risker upptäcks jobba i team för att titta på orsaker och sätta in åtgärder samt att följa upp åtgärderna, blev åtgärderna rätt för denna patient? eller behöver vi sätta in andra åtgärder? Under 2024 har Senior alert (vårdpreventivt arbetssätt) implementerats på särskilt boende vilket är ett kvalitetsregister där riskbedömningar görs gällande fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Vid risk tittar man på orsaker, sätter in åtgärder och följer upp systematiskt. Implementeringen kommer att fortsätta under 2025.

Varje enhet behöver följa upp sina egna resultat av till exempel avvikelser och risker samt analysera dessa för att fånga upp vilka områden där förbättringsarbete behöver sättas in. Det krävs att vi arbetar i team för att få till förbättringar då vi har olika kunskaper som kan bidra på olika sätt tillsammans. Att få till teamarbetet är en utmaning då det är brist på sjuksköterskor och det är svårt för vård- och omsorgspersonal att gå ifrån avdelningen för träffar. Enhetschefer behöver se över möjligheten att få till regelbundna träffar med olika professioner.

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

För att förbättra kompetensen hos vård- och omsorgspersonal ges praktiska utbildningar i basala hygienrutiner, basal omvårdnad, förflyttningsteknik samt hjälpmedelsanvändning.

Ett Introduktionsprogram är framtaget men har hittills inte använts som det var meningen. Det är mycket egna studier via webbutbildning som personen ska gå igenom. Det passar inte alla att bara göra webbutbildning utan även praktisk utbildning behövs och möjlighet att få fråga om saker som är otydliga till en fysisk person. Introduktionsprogrammet ses över inför varje sommarperiod.

Problem finns att kunna frigöra personalen så att de kan gå introduktionsprogram och praktiska utbildningar. För ny personal är det önskat att de får gå detta innan de inskolas på enheten så att de har några baskunskaper när de kommer ut och arbetar. Praktiska utbildningarna är även anpassade för ordinariepersonal som en kompetenshöjning, fördjupning, repetition men när det inte finns vikarier har det inte gått frigöra ordinariepersonal för utbildningarna mer än enstaka fall trots att det funnits utbildningstillfällen. Under 2024 har processen för introduktion och praktisk utbildning setts över och ett flödesschema har utarbetats för att tydliggöra ansvarsfördelning vilket ska underlätta att få till processen.

Läkemedelsgenomgångar har våra äldre rätt till att få och enkla läkemedelsgenomgångar har utförts. Tyvärr har vi inte fått tillräckligt med läkartider och tillräckligt med sjuksköterskeresurser för att kunna få till fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är område som lyfts och kommer fortsättas lyftas i våra samverkansträffar med hälsocentralen för att hitta lösningar hur vi ska få till detta.

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.



Är vården säker idag

God och nära vård är område vi ska jobba med tillsammans med Region Västerbotten och det jobbas med det på olika nivåer. Ledning för Norsjö Hälsocentral och ledning för Norsjö Kommuns hälso- och sjukvård träffas regelbundet för att diskutera gemensamma ärenden en gång i månaden.

Skellefteå sjukvårdsslutenvård är snabbare på att skriva ut patienter än de varit tidigare. I kommunen upplever vi att patienterna som kommer hem är i sämre skick och behöver mer vård och omsorg som inte alltid har framkommit från utskrivningsrapporter. Det är en förklaring till externa avvikelser. Det har även lett till att vi har behövt skicka tillbaka några patienter till slutenvården då de inte klarat sig hemma eller blivit försämrade vid hemgången. Sluten vården har svårt att få kompetent personal vilket leder till resursbrist som gör att slutenvården inte kan ha öppen alla vårdplatser. Även kommunen har svårt rekrytera kompetent personal vilket har lett till att patienter kan ha fått vara kvar på sjukhus extra dagar. Det har även varit extra lång kö till kommunens särskilda boende under 2024 vilket lett till att kommunen inte kunnat ta hem patienter från sjukhuset när de är utskrivningsklara och är beviljade korttidsvård för att på korttidsboendet har det varit fullt med patienter som väntar på särskild boendeplats.

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.

Vid varje vårdskaderapport ska det bedömas klassificering av vårdskada. Det görs även en bedömning av sannolikhet av att det inträffar igen samt vilken allvarlighetsgrad vårdskadan bedöms som. När det är risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada görs Lex Maria utredning och anmälan. Om sannolikhet och allvarlighet bedöms högt så kontaktas MAS och MAR som då är med i utredning, åtgärder och uppföljning.

Vid förändringar i verksamheterna görs en risk- och konsekvensanalys med olika representanter från verksamheterna.

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.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

IVO:s nationella granskning av äldreomsorgen i kommunerna pågår fortfarande. Norsjö kommun har skickat in kompletteringar 2023 som IVO inte har besvarat. Det är ingen Lex Maria anmälan gjord 2024 till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Journalgranskning har skett i samband med utredningar av vårdskador.

Återkoppling av ovanstående händelser och kontroller samt resultat görs inom verksamheten för att sprida kunskap och fånga förbättringsområden som verksamheterna behöver arbeta med. Viktigt att resultat från



pågående arbeten återkopplas för att sprida engagemang samt förståelse för förändringar som behövs för att komma vidare i förbättringsarbetet och göra att alla känner sig delaktiga.

Avvikelser

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

Nedan redovisas i tabellform årsjämförelse av fallrapporter inom ÄFO, tabell 3 och inom hemsjukvård, tabell 4. Även årsjämförelse gällande läkemedelsrapporter redovisas inom ÄFO, tabell 5 och hemsjukvård, tabell 6.

Tabell 3. Årsjämförelse gällande fallavvikelser inom särskilt boende och korttidsboende inom äldre och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO 2020 – 2024 i nyckeltal (nyckeltal = fall/boendeplats).

ÅRTAL	FALL NYCKELTAL
2020	1,71
2021	1,81
2022	1,49
2023	1,08
2024	1,27

Årsjämförelsen för fall inom särskilt boende och korttidsboende se tabell 3. Under 2024 ledde 6 av fallen till frakturer, frakturerna har fördubblats sedan 2023. Totalt antal fall har ökat jämfört med 2023 därav även högre nyckeltal 2024. Att personer faller kan bero på att de använder vissa läkemedel som kan medföra att personerna blir bensvaga och faller lättare. Ökat antal fall kan även bero på personernas grundsjukdomar som medför ökad risk för fall. Om träning för balans och styrka (som är ett arbetssätt att förebygga fall) uteblir ökar risken för fall. Personalens kunskaper i förebyggande av fall behöver förbättras. Utbildning i förebyggande av fall genom aktiviteter och god nutrition behövs. På särskild boende finns ett stort behov av dietistkompetens för utbildning av personal samt i patientärenden som kommunen saknar.

Tabell 4. Inom hemsjukvård med eller utan hemtjänst årsjämförelse gällande fallavvikelser i nyckeltal (nyckeltal=fall per inskriven i hemsjukvård) mellan år 2020 - 2024.

ÅRTAL	FALL NYCKELTAL
2020	0,52
2021	0,80
2022	0,68
2023	1,63
2024	1,60

Årsjämförelsen inom hemsjukvård gällande fall visar att under 2024 är fallen i stort sett oförändrad i nyckeltal jämfört med 2023(se tabell 4). Antalet fall har ökat till 69st. 2024 mot 67st. 2023. Under 2024 ledde 4 fall till frakturer. Avvikelse statistiken inom hemsjukvård är inte så säker, svårt veta vilket antal inskrivna man ska räkna på då det varierar över året. För en del av avvikelserna kan det vara hälsocentralen som har hälso- och sjukvårdsansvaret.

Tabell 5. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2020 – 2024 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende.

ÅRTAL	LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL
2020	2,72
2021	1,70
2022	1,18
2023	1,4
2024	1,07

Årsjämförelsen visar att läkemedelsavvikelserna inom särskilt boende och korttidsboende har minskat i nyckeltal (antal avvikelser per boendeplats) 2024, se tabell 5. Det infördes ett digitalt signeringsystem för läkemedelsgivning något år efter byte av verksamhetssystemet vilket borde ha minskat läkemedelsavvikelser men det brister fortfarande i läkemedelshanteringen. Det beror till viss del på att personalen inte signerar direkt vid administreringen, personalen inte har med sig det digitala verktyget när de administrerar läkemedel. Det brister även att en del inte är inne i verksamhetssystemet så de ser inte vilka hälso- och sjukvårdsuppdrag de ska utföra.

Tabell 6. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2020–2024 inom hemsjukvård där insatsen är övertagande av läkemedelshantering.

ÅRTAL	LÄKEMEDELSAVVIKELSER NYCKELTAL
2020	0,57
2021	2,52
2022	1,44
2023	2,05
2024	1,54

Årsjämförelsen i hemsjukvård visar att nyckeltalet har minskat 2024, se tabell 6. Inom hemtjänsten används ett mobilt signeringsystem som de har i sina mobiltelefoner där deras planering för dagen finns med. Om det ska ges läkemedel hos en brukare kan de inte lämna brukaren innan uppgiften är utförd vilket gör att det borde bli minskade läkemedelsavvikelser. Det som varit problem för hemtjänsten 2024 är att det varit för få personal som kunnat få läkemedelsdelegering vilket gjort att personal med delegering fått åka runt mycket och varit stressad på grund av att den behövt administrera läkemedel i hemtjänstgrupp där de inte känner brukaren så väl. Avvikelse statistiken inom hemsjukvård är inte så säker, svårt veta vilket antal inskrivna man ska räkna på då det varierar över året. För en del av avvikelserna kan det vara hälsocentralen som har hälso- och sjukvårdsansvaret.

Förbättringar har skett i att trygga upp läkemedelsdelegeringarna inom ÄFO genom förbättringar i kunskapsmaterialet, muntlig genomgång samt skriftligt test för att trygga upp att de som får delegering verkligen har de kunskaper som behövs. Det krävs även kunskap i svenska språket för att kunna få delegering av läkemedel, personerna måste förstå, tala, läsa, skriva och förmedla sig i svenska språket för att få delegering. Personalen måste även vara inne i verksamhetssystemet och ta del av information samt dokumentera det som händer i journalen samt veta att rapportera förändringar hos patienterna till legitimerad personal.

Klagomål och synpunkter

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

Totalt har det inkommit 30 klagomål och synpunkter i hela omsorgen. Kommunens hälso- och sjukvård har varit inblandade i utredning och åtgärder samt uppföljningar i 7 av dessa. Återkoppling sker till anmälare och berörd personalgrupp.

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

För att öka riskmedvetenheten och beredskap håller kvalitetsregistret Senior alert återinföras och personalen får gå en grundutbildning i Senior alert i samband med införandet.

Avvikelse ska återkopplas på ett strukturerat sätt till medarbetarna för att medvetandegöra om risker och händelser som inträffat och tillsammans jobba för att undvika att liknande händelser inträffar igen.

Arbete pågår inom ledningen för hälso- och sjukvård att utarbeta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter, för att säkerställa att vård och omsorg kan bedrivas även vid avbrott eller händelser som kan påverka verksamheten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2025

MÅL 1: Att riskbedömningar enligt Senior alert ska vara genomförda minst 1 gång under året till alla boende på särskilt boende för äldre.

Strategier:

Återinföra strukturerade riskbedömningar enligt Senior alert. När det upptäcks risker ska det utredas om det finns bakomliggande orsaker, åtgärder ska sättas in och uppföljningar göras. Enheterna ska genom chef och ombud delges resultaten och ansvariga legitimerade personal.

Utmaning:

Att få med och engagera vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och enhetschefer i arbetet att jobba förebyggande genom Senior alerts strukturerade vårdpreventiva process.

MÅL 2: Att 80% av patienter inom kommunens hälso- och sjukvård ska ha fått minst en fördjupad läkemedelsgenomgång under året.

Strategier:

Samverkan med hälsocentralen för att det ska avsättas tillräckligt med läkarresurser och helst även apotekare som är med vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Sjuksköterskorna behöver prioritera planering för fördjupade läkemedelsgenomgångar, det krävs förberedelser såsom provtagning och skattningar innan fördjupade läkemedelsgenomgångar kan genomföras.

Utmaningar:

Att tid ska gå avsättas för fördjupade läkemedelsgenomgångar både från läkare och sjuksköterskor. Under 2025 kommer delar av konsultationstiden med läkare ske digitalt via telefon där läkare sitter på annan ort. Det försvårar att kunna lyfta ärenden där läkare behöver fysisk närvaro eller patientkännedom som till exempel vid fördjupade läkemedelsgenomgångar.