

Resultaten från egenkontroller, internkontroller och kvalitetsgranskningar 2022.

Intern läkemedelsgranskning

Mål: Att med egenkontroller och kvalitetsgranskningar bibehålla eller öka kvalitet och säkerhet inom området läkemedelshantering.

MAS kontroll av läkemedelshantering på LSS boenden

Resultat: Egenkontroll och tillsyn av läkemedelshantering har under året genomförts på LSS boenden. Resultaten efter egenkontrollerna har bidragit till åtgärdsplaner med uppdateringar i lokala rutiner, patientetiketter till pärm, byten av signaturlistor samt förtydliganden vid apodoshantering.

Analys av resultat: Sammantaget är läkemedelshantering god.

Medarbetare har genomgått den fullständiga delegeringsprocessen för läkemedelshantering och känner sig trygga med att få läkemedelsdelegering. Antalet läkemedelsavvikelser är låga och man är mycket nöjd med samverkan med ansvarig sjuksköterska.

Åtgärd: Förbättringsområden är beskrivna i enheternas åtgärdsplaner.

Uppföljning av åtgärd: Genomförs vid nästa egenkontroll.

MAS kontroll av dokumentation i patientjournal

Resultat: Dokumentationen i kommunens patientjournaler har inte tydligt beskrivit att läkemedelsgenomgångar genomförts.

Det har inte varit ett kontinuerligt arbetssätt att dokumentera läkemedelsgenomgångar i den kommunala patientjournalen samt att använda skattningsdokument. Det sker alltid muntliga dialoger och analyser mellan läkare och sjuksköterska inför läkarbeslutet om läkemedelsbehandling/ordinationer.

Analys av resultat: Det är ett förbättringsområde att kontinuerligt dokumentera läkemedelsgenomgångar och skattningsinstrument i den kommunala patientjournalen. Det är ett samverkansområde mellan läkare och sjuksköterska. Läkare ansvarar för att läkemedelsgenomgångar utförs och sjuksköterska deltar i utvärderingar med patienten och omvårdnadspersonal.

Det saknas tydliga strukturer i den digitala patientjournalen för att korrekt kunna dokumentera läkemedelsgenomgångar, ex finns brister i sökord samt att KVÅ-koder inte kommit fram så att sjuksköterska korrekt kan koppla insatsen att läkemedelsgenomgångar är utförda. Det har bidragit till att dokumentationen inte strukturellt finns beskriven och att statistik på åtgärder saknas.

Åtgärd: Övergång till ny digital patientjournal pågår som stödjer dokumentationen med sökord, KVÅ-koder och anpassad journalstruktur. Förbättringsåtgärder är framtagna och införda om strukturerade läkemedelsgenomgångar.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Uppföljning av åtgärd: Statistikuttag ur journaler samt muntliga dialoger.

Extern läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs årligen enligt avtal. Apotekare besöker verksamheten och hela läkemedelskedjan kontrolleras.

Resultat: Resultatet efter kvalitetsgranskningen med apotekaren var att fortsatt årligen uppdatera rutinerna för delegeringsutbildningen samt att ansvariga sjuksköterskor gör lokala anpassningar för läkemedelshantering. Narkotikahandlingen är genomlyst och fungerar väl.

Åtgärd: Lokala åtgärdsplaner tas fram för att optimera en god läkemedelshantering. Ansvariga sjuksköterskor uppdaterar lokala och övergripande rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Vid kommande kvalitetsgranskning

Hygienmätningar

Övergripande mål: Att öka följsamhet till basala hygienrutiner.

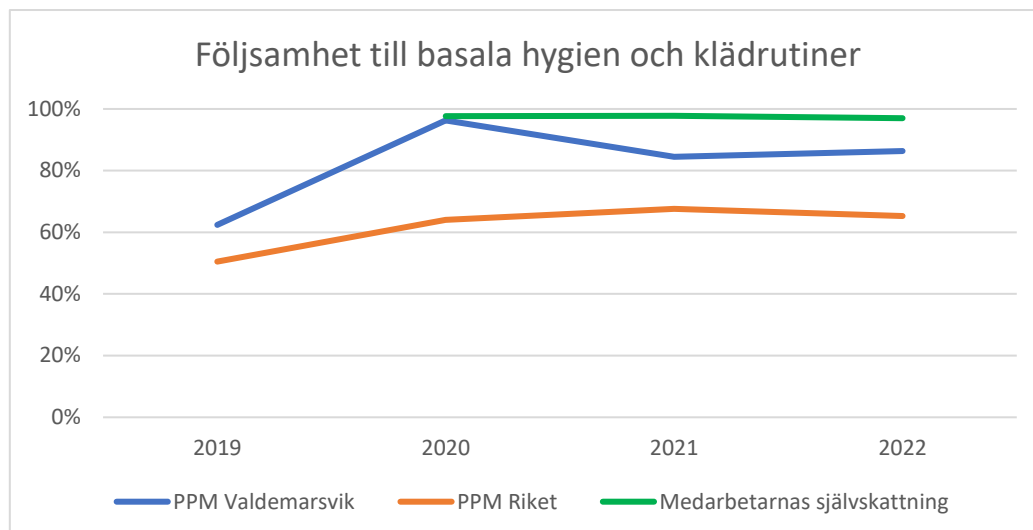
Mätningar av basala hygien- och klädrutiner

SKRs PPM mätning av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner kontrollerar hela det smittförebyggande arbetet.

Att i kommunens egna egenkontroll skatta sin egen följsamhet till ett smittförebyggande arbete för att se hur man agerar i en vårdssituation är mycket värdefullt. Medarbetaren bedömer sitt arbetssätt och analyserar när man har korrekt arbetssätt för att förhindra smittspridning, samt vilka personliga förbättringsåtgärder som ska göras.

Resultat: Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner och medarbetares självskattning av sin egen följsamhet i omvårdnadssituationer är god, men det är ett område att fortsatt arbeta för högre resultat. Lokal mätning av självskattning av följsamhet till basala hygien- och klädrutiner, se nästa sida.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022



Analys av båda resultaten: Valdemarsviks kommun har ökat sitt resultat något i SKR:s PPM-mätning i jämförelse med föregående år och ligger högre i jämförelse med rikets resultat. Att genom självskattning analysera sitt eget arbetssätt när man använder skyddsutrustning eller har ett smittförebyggande arbetssätt har varit uppskattat. Resultaten är stadigt höga och visar att man har ett smittförebyggande arbetssätt när man observerar sig själv.

Det kan finnas risk för att följsamheten till basala hygien och klädrutiner minskar när samhället har fått lättnader i restriktioner och covid-19 inte längre klassas som en pandemi. Covid-19 och influensafallen har ökat i Sverige under december 2022 och samtidigt avslutades provtagning för vårdens medarbetare med hänvisning till att flera virusvarianter sprids i samhället och att alla ska vara hemma vid symtom.

Åtgärd: Att fortsätta båda kontrollerna för vårdens medarbetare för att se indikatorer om minskad följsamhet är grundläggande för en god säkerhet och beredskap. Att också fortsatt tydliggöra att alla anställda ska vara hemma vid förkylningssymtom tills man är frisk och kan återgå till arbetet

Uppföljning av åtgärd: Mätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler samt självskattningar fortsätter att genomföras enligt rutin för att i ett tidigt skede se indikatorer om ökad smitta.

Vårdhygien- hjälpmedel

Mål: Att det inte ska finnas mycket smutsiga hjälpmedel i verksamheterna.

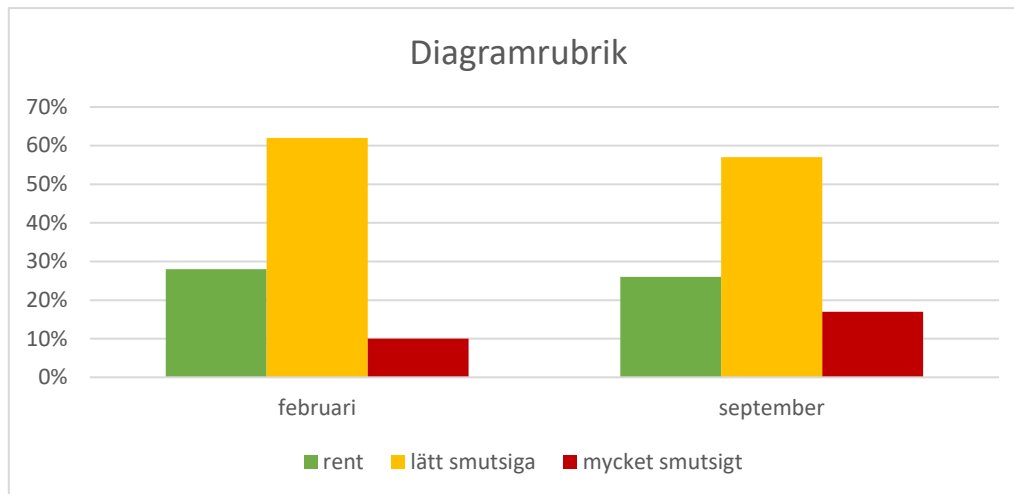
Smutsiga hjälpmedel kan bidra till smittspridning, ökat slitage på hjälpmedlen och det bidrar inte heller till trevnad eller välmående för de personer som ska använda hjälpmedlet. För att få en bild av hur rena hjälpmedlen är i Valdemarsviks kommun har observationsmätningar genomförts på samtliga vård och omsorgboenden. Liknande mätningar har utförts av andra kommuner i länet.

I februari och september 2022 utförde rehabiliteringspersonal punktprevalensmätning på

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

samtliga boende. Hjälpmedel på 2 rum/per avdelning granskades och skattades på en 3-gradig skala om rent, lätt smutsigt eller dammigt och mycket smutsigt.

Resultat: Första mätningen inkluderade 61 hjälpmedel. Endast 26% av hjälpmedlen kunde betraktas som rena. 10% av hjälpmedlen ansågs mycket smutsiga, vilket övervägande var rullstolar. Vårt lokala resultat visade sig vid dialog i MAR-nätverket inte skilja sig nämnvärt från andra kommuners resultat, men utifrån ovannämnda anledningar ska dock kommunens mål vara att det inte förekommer mycket smutsiga hjälpmedel i verksamheterna.



Åtgärd: Utifrån resultatet vidtogs åtgärder såsom uppdatering av Hygiendirektiv för hjälpmedel, information till chefer och medarbetare och samtliga verksamheter uppmanades att se över sina lokala rutiner. Rehabiliteringspersonalen visade och diskuterade resultatet för berörda verksamheter på teamträffarna samt lyfte rengöring av hjälpmedel på rehabombudsträffar. Vid den uppföljande mätningen i september 2022 observerades 67 hjälpmedel. Tyvärr visade den uppföljande mätningen att de vidtagna åtgärderna inte gav önskad effekt.

Genom rehabombudsträffar väcktes en diskussion om hur stöd med rengöring av hjälpmedel bör/kan ges till personer i ordinärt boende. Utifrån att verksamheten inte alltid har ansvar för rengöring av hjälpmedlen i ordinärt boende så kommer liknande mätning inte utföras inom hemtjänsten. Dialog har istället förts mellan MAR, hemtjänstchefer, biståndshandläggare och äldrepedagogerna om hur behovet kan tillgodoses på ett bra sätt för personer i ordinärt boende som har behov av stöd.

Analys av resultat: Det finns kunskap och dokument som stöd. Det som återstår att arbeta vidare med är att säkerställa att det finns lokala rutiner samt följsamhet till dessa.

Uppföljning av åtgärd:

- Fortsätta utföra observationsmätningarna vår och höst.
- Åter lyfta behov av lokala rutiner och följsamhet till dessa
- Ta fram skriftlig information som beskriver ansvarsfördelning gällande rengöring av hjälpmedel i ordinärt boende.

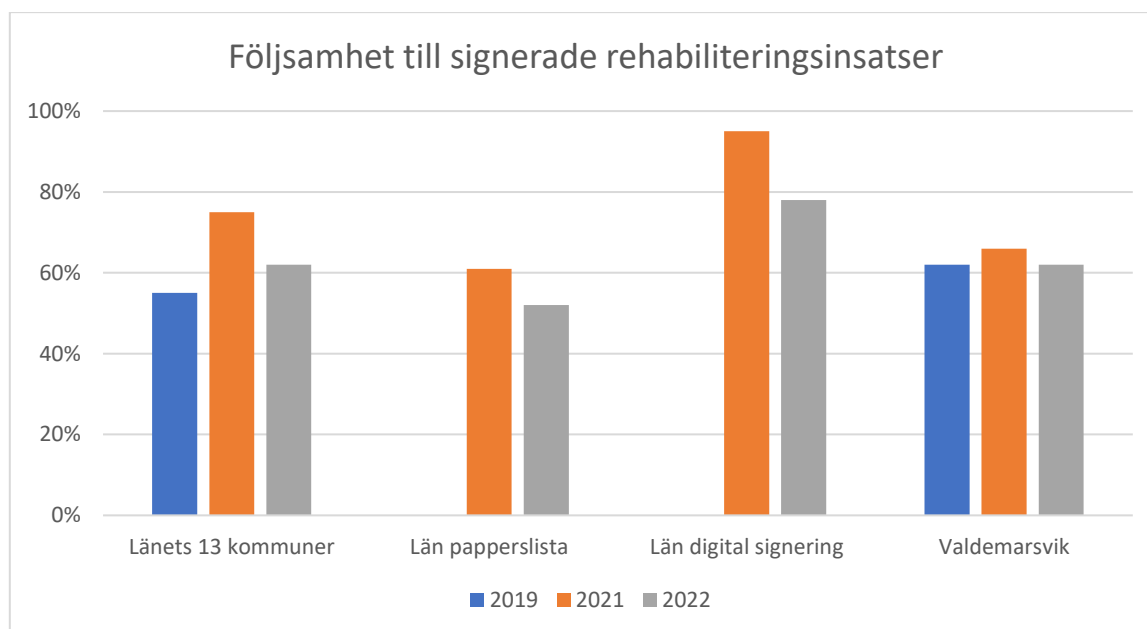
Mätning av följsamhet till ordinerade rehabiliterande insatser

Länets medicinskt ansvariga för rehabilitering har fortsatt analyserat följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser. Motsvarande enkätundersökningar har genomförts 2019 och 2021.

Mål: Ökad följsamhet till signering av ordinerade rehabiliterande insatser

Resultat: Följsamheten har minskat något jämfört med våren 2021 både i länet och lokalt. Mätningen i november 2022 visade att endast 62% av ordinerade rehabiliteringsinsatser i Valdemarsvik utförts enligt ordination. Valdemarsvik har i jämförelse med övriga län, där man inte använder sig av digital signering, har en lite stabilare och bättre följsamhet generellt sett.

I de kommuner där man använder digital signering har man fortfarande en bättre följsamhet men det finns även där en tydlig nedgång 2022. Vad som orsakat denna tillbakagång kan inte besvaras än då någon länsgemensam analys och sammanställning av resultatet från november 2022 inte hunnit genomföras.



Analys av resultat: När ordinerade insatser inte utförs ska en avvikelse skrivas. Utifrån att 38% av signeringarna saknades så borde det genererat 90 avvikelser för utebliven åtgärd/vård och behandling. Avvikelser för utebliven rehabilitering har ej registrerats under mätperioden. Både följsamhet till ordination och rapportering av utebliven rehabilitering behöver förbättras. Det fortsatta låga följsamheten till signering av ordinerade rehabiliteringsinsatser ses allvarligt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det kan påverka patienternas förutsättningar att återfå alternativt bibehålla sina funktions- och aktivitetsförmågor. Länets medicinskt ansvariga kommer fortsätta att följa detta område.

Åtgärd: Ett arbete behöver genomföras under 2023 för att säkerställa att patienter erhåller samtliga ordinerade rehabiliteringsåtgärder samt att uteblivna ordinationer rapporteras in

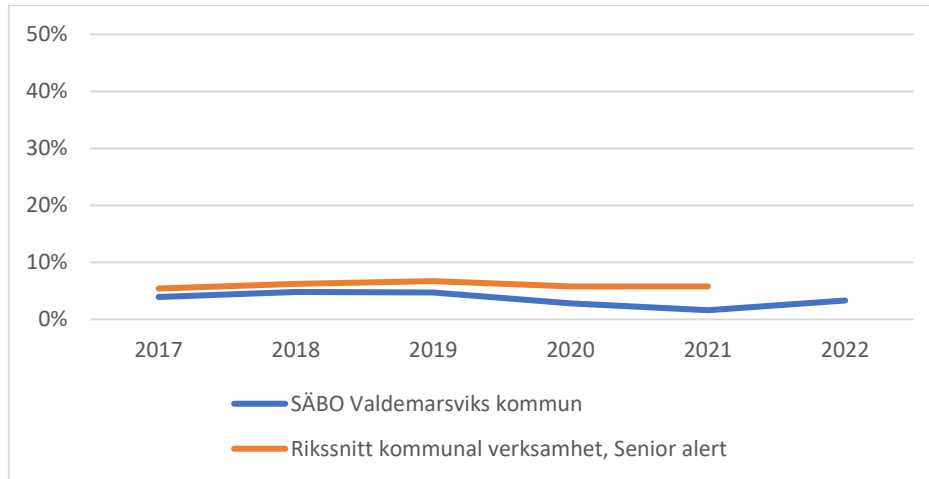
Uppföljning av åtgärd: Genom avvikelsestatistik samt egenkontroll.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska vara fortsatt låg/minska

Resultat: Trycksår mäts en gång per år via punktprevalensmätning v 46. På särskilt boende för äldre hade 2 av 60 (3,3%) patienterna tryckskador. I riket låg motsvarande siffra på 5,8% procent 2021. Resultatet för 2022 finns inte publicerat än från Senior alert.



Analys av resultat: Resultatet visar att teamsamverkan som arbetsätt ger goda resultat och att arbetsätt gällande trycksår är väl fungerande. Trycksårskick, frekvens och åtgärder följs upp och diskuteras via senior alert samt på enheternas teamträffar.

Åtgärd: Mätningar fortsätter. Inga ytterligare åtgärder kommer vidtas.

Palliativregistret

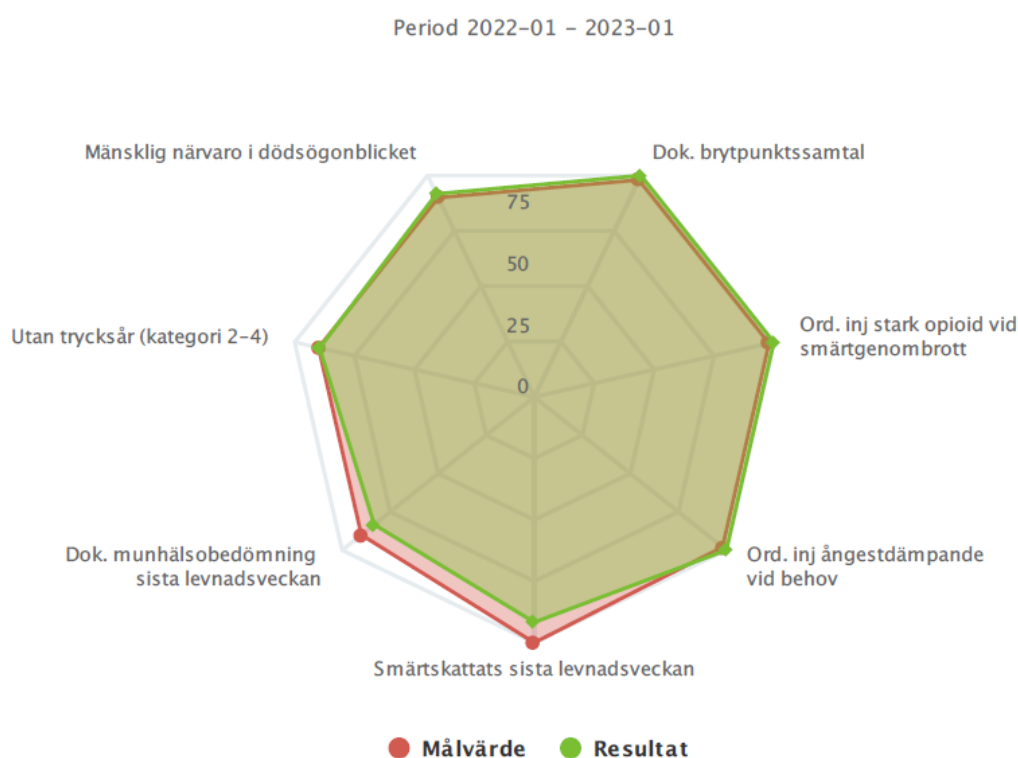
Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården och resultaten används för att mäta, förbättra och följa upp kvaliteten i vården.

Sedan 2011 används kvalitetsregistret och kommunens sjuksköterskor dokumenterar alla personer som avlider på SoL och LSS boenden, personer som har hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsanaluten hemsjukvård. Registerdata granskas regelbundet av medicinskt ansvariga och lokal palliativ samverkansgrupp.

Mål: Uppnå respektive målvärde i palliativregistret.

Resultat 2022 Valdemarsviks kommun Period 2022-01 - 2023-01 48 personer är avlidna

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	91,7
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	83,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	89,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	91,7

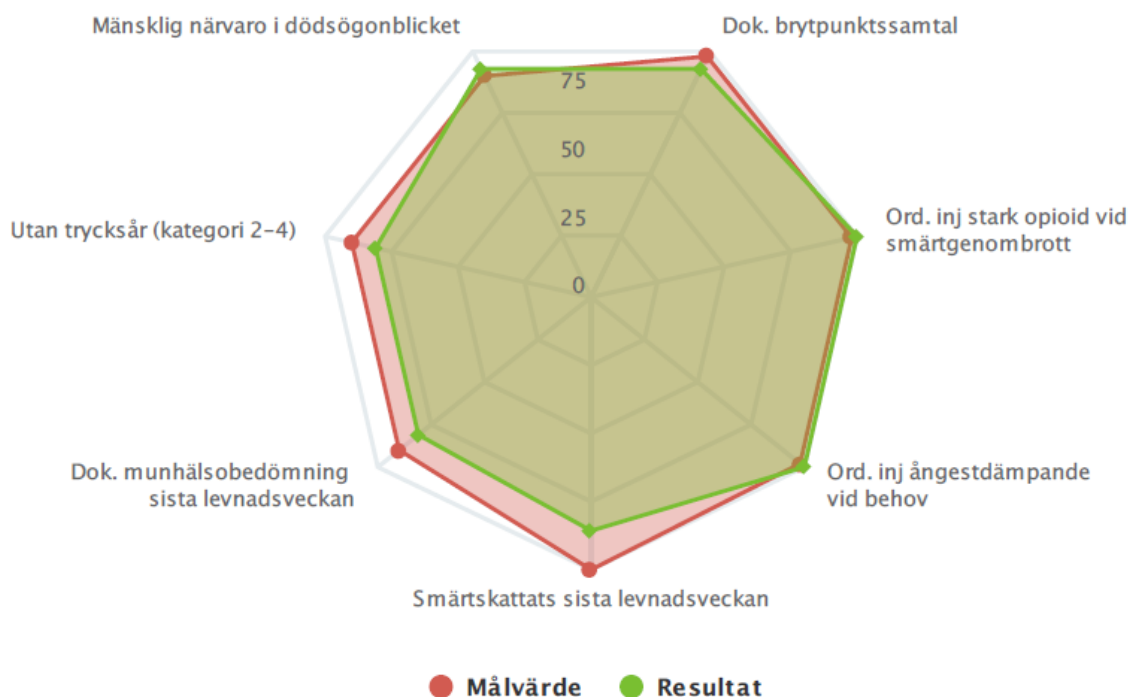


Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Resultat 2021 Valdemarsviks kommun Period 2021-01 - 2022-01 42 personer är avlidna

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	92,9
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	85,7
Dok. Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	81,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	81,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	92,9

Period 2021-01 - 2022-01



Resultat: Resultaten ökar stadigt och närmar sig palliativregistrets målvärden. Det finns ett vedertaget arbetsätt i den palliativa vården och i vård i livets slutskede med tydliga uppföljningsparametrar som visar sig ha en god följsamhet.

Analys av resultat: Den palliativa vården är ett mycket viktigt samverkansområde som genomförs i samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik. Att ha denna nära samverkan speglar också fördelen med korta kommunikationsvägar och ledtider vid insatser. I kommunen finns legitimerad personal med uppdrag att vidareutveckla

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

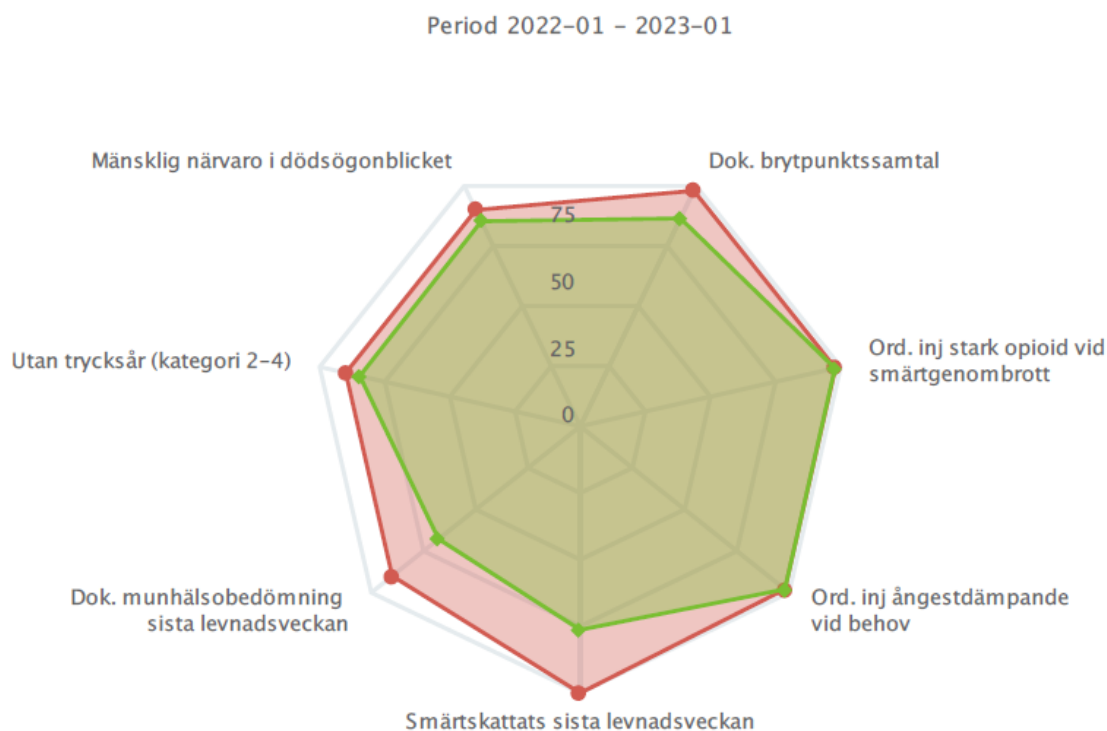
den palliativa vården inom både särskilda boendeformer och i ordinärt boende samt ansvarar för att initiera till kontinuerliga träffar med enheternas palliativa kontaktpersoner.

För de personer som avlider hastigt kan inte vissa registreringar genomföras. Det kan påverka resultaten om smärtskattning eller munhälsobedömning genomförts sista levnadsveckan

Åtgärd: Under 2023 ska fortsatta arbeten ske för att bibehålla och utveckla den palliativa vården och vården i livets slut och i samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik arbeta aktivt med förbättringsområden som är röda i spindeldiagrammet. Att fortsatt ha en tät samverkan med enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt omvårdnadspersonal är av stor vikt.

Uppföljning av åtgärd: Kontroll av resultat i palliativa registret ska följas kontinuerligt under 2023 i samverkan med leg personal och enhetschefer. Delges alla medarbetare.

Jämförelse med Resultat för Östergötlands kommuner 2022



Senior alert

Verksamheten ska erbjuda deltagande i Senior alert utifrån målgrupp. Patienten bedöms utifrån risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. Vårdplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada. Ett lärande skapas i det fortlöpande förbättringsarbetet för att minska risker för vårdskada. Analys av arbetet genomförs av verksamheten och resultat tas upp på enhetens teamträffar.

Mål: Säkerställa att vårdpreventivt arbete utförs inom områden fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Resultat: Riskbedömning har under året genomförts till 98% på samtliga kommunens boenden. Det är den högsta följsamheten till riskbedömningar sedan registreringar började utföras. Andelen med risk presenteras för respektive område, se nedan.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Valdemarsviks kommun	77	98% ↑ 119 av 122	82% ↓ 97 av 119	72% ↓ 86 av 119	65% ↓ 68 av 104
Trycksår		39% ↑ 48 av 122	73% ↓ 35 av 48	71% ↓ 34 av 48	59% ↓ 22 av 37
Undernäring		63% ↑ 77 av 122	82% ↓ 63 av 77	77% ↓ 59 av 77	67% ↓ 39 av 58
Fall		83% ↓ 101 av 122	92% ↑ 93 av 101	83% ↓ 84 av 101	71% ↓ 67 av 95
Munhälsa		55% ↑ 53 av 96	94% ↑ 50 av 53	89% ↓ 47 av 53	61% ↓ 28 av 46

Analys av resultat: Vid en övergripande analys av flera föregående årsresultat går det se att registrering av bakomliggande åtgärder på samma enhet kan variera från år till år, från mycket hög till lågt att återgå till mycket hög registrering. Anledningen till detta skulle kunna vara att ansvarig legitimerad personals arbetsbelastning varierar i perioder som kan påverka prioritering till att arbeta i registret. Hälsa- och sjukvården har under året fått flera nya medarbetare och flera medarbetare har varit föräldralediga. Svårigheter har funnits med att rekrytera vilket lett till behov av inhyrd personal.

Det är viktigt att belysa att åtgärder finns framtagna, men följsamheten till det systematiska arbetssättet att även registrera i senior alert inte är utförd i lika stor utsträckning.

Åtgärd: Att enkelt kunna dokumentera och registrera åtgärder i journal samt i registret är viktigt för följsamheten. Åtgärder kring detta har genomförts i palliativregistret inom områden där det fanns behov av ökad följsamhet. Detta anser vi bör ses över även för senior alert. Statistik kommer att tas ut och förmedlas till respektive verksamhet. Projekt senior alert fortsätter under 2023

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa resultaten och antalet registreringar.

BPSD- Resultat 2021 inom området demens

BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna för demens. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete för att kvalitetssäkra demensvården i användandet av BPSD. Framtagna handlingsplaner bidrar till en minskning av beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppkomma vid demenssjukdom. Genom att använda ett systematiskt arbetssätt bidrar verksamheten till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet.

Mål: Att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.

Resultat: Det går inte att dra några stora slutsatser än så länge utifrån resultaten i registret, då datamängden fortfarande är låg. Under 2022 gjordes 70 registreringar och antalet registreringar har ökat sedan föregående år.

År	Antal personer	Antal registreringar	*NPI-Poäng
2020	23	26	
2021	25	40	23,78
2022	42	70	20,47

* Neuropsychiatric Inventory (NPI) skala utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD), låga poäng eftersträvas. (Maxpoäng 144)

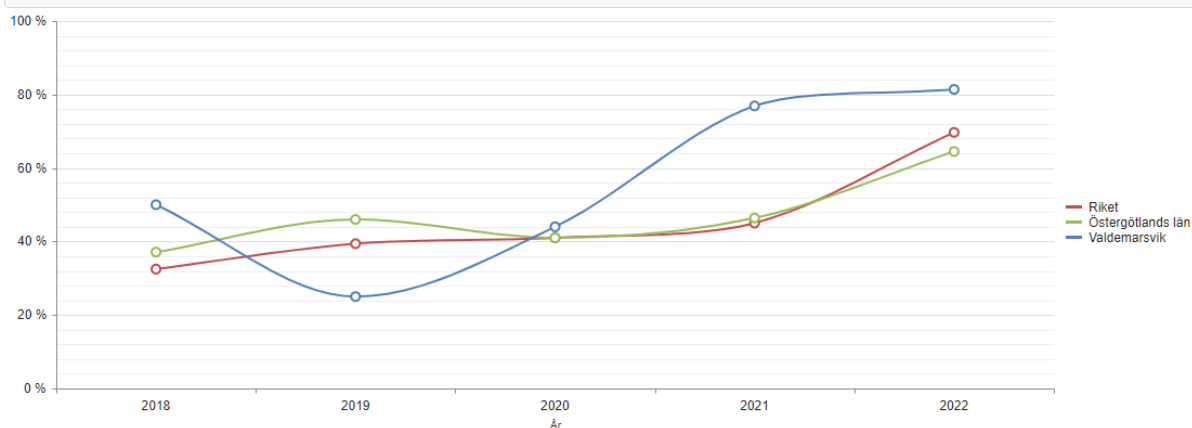
I Valdemarsvik medicinerar en hög andel personer med alzheimerläkemedel i jämförelse med läns- och riksnittet. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bidrar dessa mediciner till minskade BPSD-symtom. Miljöanpassning har utförts i något mindre grad än vad som görs i länet och riket.

Under året har det genomförts 3 utbildningstillfällen för medarbetare, totalt deltog 30 personer.

Vid beteendemässiga och psykiska symtom finns det behov av bedömning och insatser från ett multiprofessionellt team. Resultatet visar att ca 80% av de registreringar som utförs i Valdemarsvik utförs av ett multiprofessionellt team.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen. (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder).

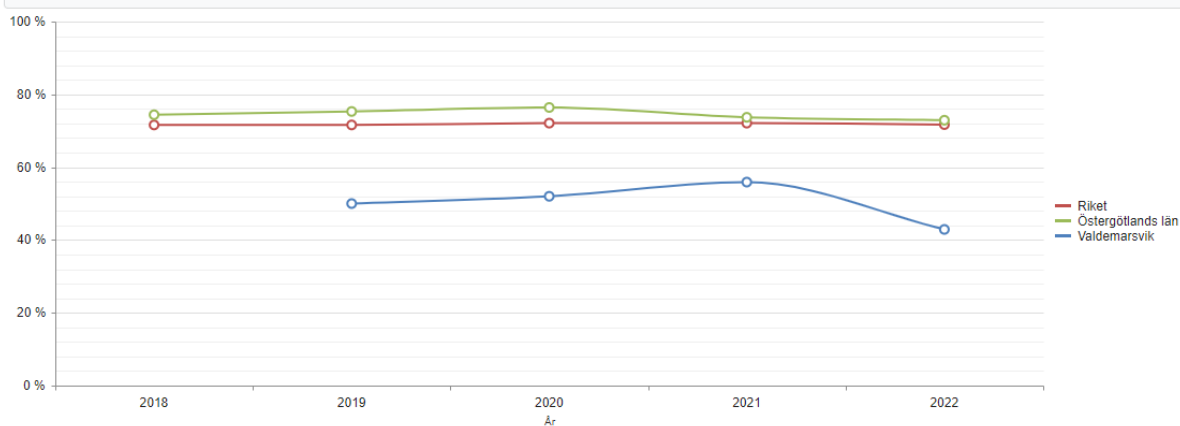


Om underlaget understiger 5 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2022-12-30

Analys av resultat: Enligt de registreringar som genomförts under 2022 så går det att utläsa att det bara är ca 40 % av patienterna som har bedömts som smärtfria, vilket är en minskning sedan i dec 2021 var det ca 52 %. Här är det viktigt att påminna sig om att denna till synes stora procentuella förändring kan bero på den begränsade datamängden. Mer intressant är det att jämföra det lokala resultatet med läns- och riksnittet. Där framkommer det att personer som registrerats i registret i Valdemarsvik i lägre grad anses vara smärtfria.

Andel personer som är smärtfria vid senaste registreringen varje år.

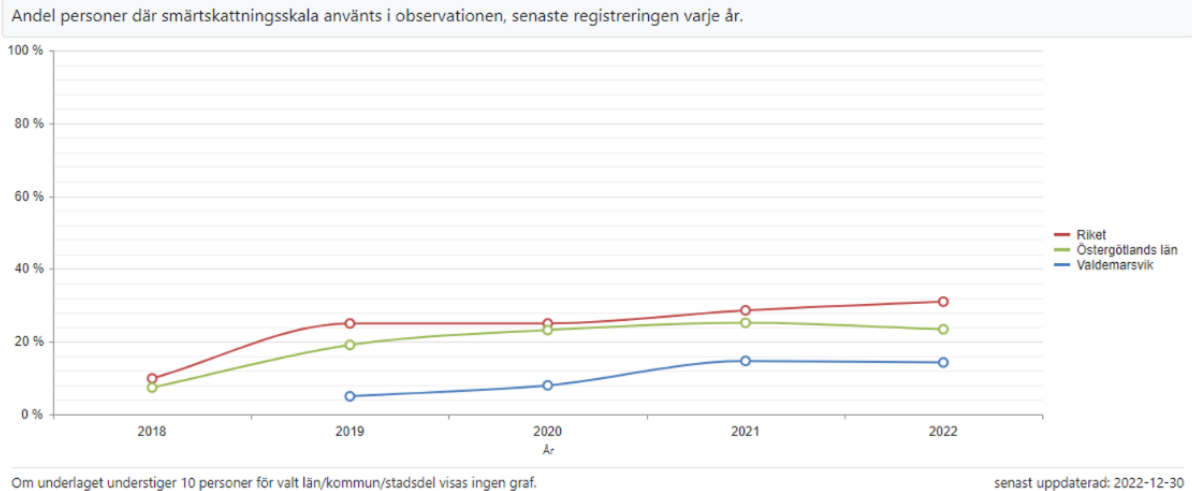


Om underlaget understiger 10 personer för valt län/kommun/stadsdel visas ingen graf.

senast uppdaterad: 2022-12-30

Det framkommer även att smärtskattning i låg grad utförts med stöd av i någon form av bedömningsunderlag för att skatta smärta, vilket skulle kunna påverka kvalitét och korrekthet på de smärtbedömning som utförts.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022



Det går inte att uttala sig om ifall det är personalen som skattar högt eller om det är så att personerna är dåligt smärtlindrande genom medicin eller genom andra alternativa smärtlindrande åtgärder så rörelse/ lägesändring. BPSD-registret rekommenderar att smärtskattningsskala alltid används. Miljöanpassningar är något som går att arbeta. Registret tillhandahåller bra checklistor för det.

Åtgärd: Öka användning av smärtskattningsskala vid registrering samt checklista för bedömning av behov av miljöanpassning.

Uppföljande åtgärd: Följa upp användning av smärtskattningsskala och checklista under 2023.

Svedem

Fokusområde 2022: Verka för att öka täckningsgraden i Svenska Demensregistret samt BPSD-registret. Övergripande indikator 22 (A-C) deltagande i kvalitetsregister, SveDem och indikator 23 deltagande i kvalitetsregister, BPSD-registret.

Mål: Deltagande i kvalitetsregister, SveDem

Resultat: Valdemarsviks kommun har anslutits till kvalitetsregistret. Registreringar har ej utförts under 2022. Registreringar kommer börja göras under 2023.

Uppföljande åtgärd: Ta ut och analysera registerdata för 2023.

Avvikelser mellan Region Östergötland och Valdemarsviks kommun

Mål: Att fortsatt skriva och analysera avvikelser vid brister i egen eller extern verksamhet.

Resultat: Under 2022 skickades 28 avvikelser till Region Östergötlands öppen-och slutenvårdsavdelningar, vilket är fler än föregående år (19st). Valdemarsviks kommun mottog endast 3 avvikelser vilket är avsevärt färre än föregående år (17st).

Analys av resultat: Avvikelserna berör mestadels ärenden vid in- och utskrivning till sjukhus tex har det vid upprepade tillfällen hänt att utlovade hjälpmedel ej medföljer hem samt att planeringen inför hemgång brustit. Det ses att utskrivningsprocessen från sjukhus går snabbare och det medför att alla parter behöver ha god kännedom om gemensamma rutiner och se över sina ansvar för säker hemgång med en delaktig patient. Gemensamma riktlinjer finns för länets kommuner och region Östergötland, men följsamheten är inte optimal. Denna problematik är inte unik för Valdemarsviks kommun.

Åtgärd: Förbättring i hela länet ses för att optimera samverkan och följsamhet till länsgemensamma rutiner. Som stöd för det har en länsgemensam grupp, Samordnad vård och omsorgsplaneringsgrupp (SVOP) startats. Representanter deltar från regionen och kommunerna för att förbättra in- och utskrivningsprocessen. Inom Valdemarsviks kommuns hälso- och sjukvårdsenhet finns lokala nyckelpersoner som har ett huvudansvar för att det gemensamma IT-stödet används och bevakar information om hemgång samt öppenvårdsärenden. Under 2022 installerades en ny digital modul för sektor stöd och omsorg för att registrera och bearbeta avvikelser och det medför en tydligare process för ärendegången.

Uppföljning av åtgärd: Avvikelsestatistiken följs och bearbetas kontinuerligt. Det är ett pågående arbete som har förbättringspotential och hanteras lokalt av enhetschefer och leg personal. Förbättringsområden är att undvika brister i samordnade individuella planer, arbeta för samverkanskontakter och att initiera till läkar- till läkarkontakter inför hemgångar.

Avvikelser inom det egna vårdgivaransvaret

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör fall och läkemedel.

Nedan redovisas årsresultatet för antal avvikelser för läkemedel och fall. Resultatet grupperas i antal avvikelser i boendeformer (enligt SoL och LSS), dag- och daglig verksamhet och därefter avvikelser i ordinärt boende.

Läkemedelsavvikelser 2022

Mål: Att minska andelen avvikelser. Att alla enheter i varje utredning identifierar brister och kvalitetssäkrar varje moment.

Resultat: Resultatet för 2021 visade att den totala andelen registrerade läkemedelsavvikelser har minskat med 3%.

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

För 2022 ses en total ökning med 14.9% för alla kommunens verksamheter.

Detta resultat visar antal avvikelser som registrerats under året och är en ökning som ska bromsas.

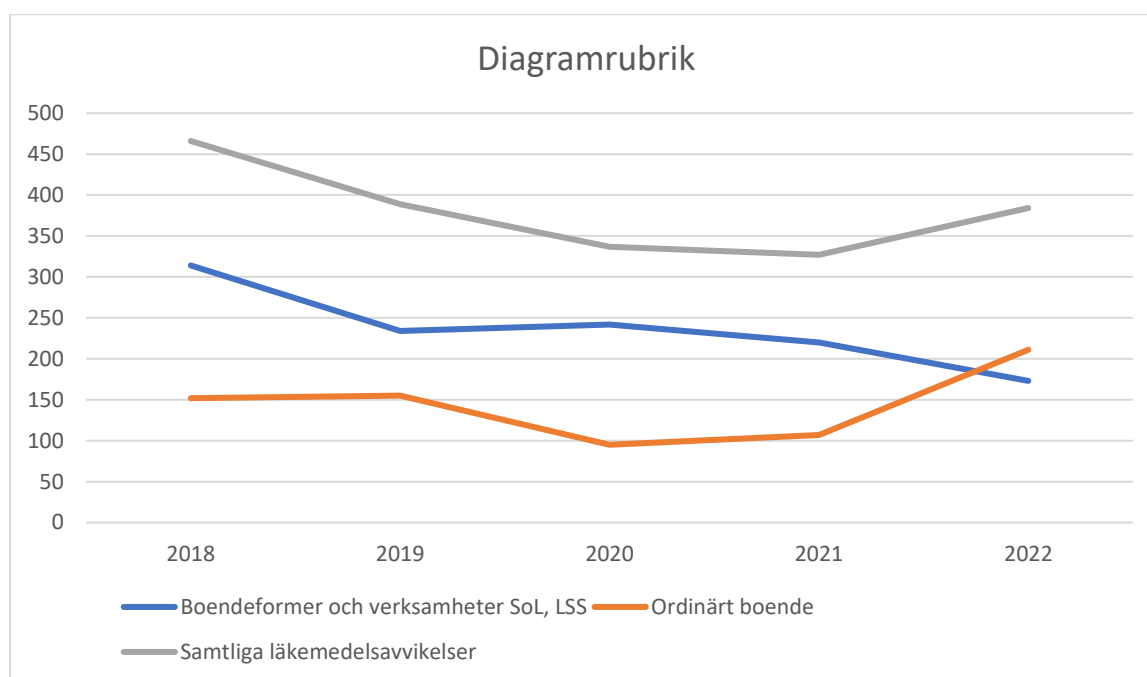
I jämförelse mellan ordinärt boende och kommunala boendeformer samt dag/dagliga verksamheter ses en markant skillnad, se statistik ovan.

Ordinärt boende

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2020	95	-60 avvikelser	- 38.7%
2021	107	+ 12 avvikelser	+12,6%
2022	211	+ 104 avvikelser	+ 97.1%

Särskilt boende SoL och LSS, daglig verksamhet och dagverksamhet

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2020	242	+ 8 avvikelser	+3.4%
2021	220	-22 avvikelser	-9 %
2022	173	-47 avvikelser	-21.4%



Analys av resultat: I ordinärt boende är ökningen av registrerade avvikelser 97.1% och i kommunala boendeformer samt dag/dagliga verksamheter ses en minskning på 21.4%. Det ses att gruppen glömda doser är överrepresenterade i avvikelsestatistiken samt brister i listor som berör läkemedelshantering. Resultatet ska minska och i jämförelser mellan kvartalen ses en minskning under kvartal 4.

Antalet personer som har stöd med läkemedelshantering har under 2022 ökat med 31 personer (14.1%) och den siffran berör ordinärt boende eftersom boendeplatserna är

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

statiska till antalet.

En ökning av antal personer ger en påverkan på antal gånger som läkemedel ges under året (+33 945 ggr/år).

Utfallet i antal avvikelser/dag för 2021 var 0.89st och för 2022 är det 1.05 avvikelser/dag. Digitala förutsättningar för att signera läkemedelshandling är inte optimala på grund av tekniska utmaningar och förseningar. En hemtjänstgrupp har ett pågående arbete som ger goda resultat. Hälso- och sjukvårdsorganisationen byter till ett modernare journalsystem med nya och bättre möjligheter till digital signering.

Antal avvikelser kopplat till antal patienter och antal tillfällen när läkemedel ges

Det faktiska antalet avvikelser som registreras i verksamhetssystemet är ett sätt att mäta ökning och minskning, men det är viktigt att även belysa antalet läkemedelsavvikelser utifrån antalet patienter som fått hjälp med sina läkemedel och hur många gånger läkemedel ges under ett år. Redovisningen nedan visar antal administreringstillfällen under ett år. Redovisningen är beräknad på antal boendeplatser (SoL och LSS), dag/daglig verksamhet samt antal personer som har stöd med läkemedelshandling i ordinärt boende.

Avvikelser läkemedel	År	Antal patienter som har hjälp med läkemedel	Antal ggr/år som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal ggr/dag som läkemedel lämnas till patienter (i genomsnitt)	Antal läkemedelsavvikelser/dag
	2020	185	202 575	555	0.92
	2021	190	208 050	570	0.89
	2022	221	241 995	663	1.05

Analysera läkemedelsprocessen från ordination till administration

Arbeten som berör läkemedelshandling är ett dagligt pågående kvalitetsarbete och också ett område som initierar till mycket kontakter mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Ändringar i patientens läkemedelsterapi är vanligt förekommande beroende på sjukdom och symptom och det kräver att dokumentation, korrekta ordinationer och ordinationshandlingar finns som underlag.

Läkemedelskedjan är sårbar då ordinatören finns hos en annan huvudman än där läkemedlen ska hanteras, så det är av stor vikt att ordinationer kan ses digitalt, vilket fungerar bra.

Det ses att behovet av stöd med läkemedelshandling ökar i ordinärt boende och det ger också fler insatser att utföra. Enhetschefer ser orsaker som har påverkan på avvikelsernas antal såsom

- fler och mer omfattande insatser
- nya vikarier och perioder av mer personal till följd av det ökade behovet
- nytt avvikelssystem
- ordinationshandlingar kan i vissa fall påverka korrekthet när läkemedel med kort varsel byts ut beroende på restnoterade läkemedel

Åtgärd: Rutinerna för processen kring läkemedelshandling är uppdaterade med både digital och fysisk utbildning samt träning.

För att minska antal avvikelser i ordinärt boende finns tydliga anvisningar om kontroll av läkemedel som ska ges vid varje hembesök. Enhetschefer säkerställer korrekta

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

arbetsscheman, så att det finns delegerad personal på varje hembesök där läkemedel ska ges.

Fortsatta samtal med enhetschefer med analyser av statistik för att säkerställa minskning av avvikelser.

Införandet av digitala stöd för signering av både omvårdnads- och hälso- och sjukvårdsinsatser är viktigt att integrera. De digitala stöden ger påminnelser så att läkemedel ges vid hembesöken.

Komplexiteten att beräkna antal avvikelser och se trender när avvikelser ökar eller minskar utifrån enbart kopplingen till antal registrerade avvikelser är en del av analysen, men det prioriterade arbetet är att identifiera brister i varje skriven avvikelse och att kvalitetssäkra varje moment för att minska antalet avvikelser.

Uppföljning av åtgärd: Genom kontinuerliga statistikuttag, samtal med enhetschefer och information till verksamheten om resultat och behov av åtgärder. Ytterligare förtydliga krav på följsamhet med fler åtgärder beroende på identifierade orsaker.

Fallavvikelser 2022

Ett fall definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Detta leder till att avvikelse skrivs.

Mål: Att arbeta aktivt med fallförebyggande åtgärder samt minska risk för vårdskada i samband med fall

Resultat: Det bor ca 60 personer på särskilt boende i Valdemarsvik. Fallriskbedömning genomförs där via senior alert regelbundet 6:e månad. Senior alertbedömning erbjuds även personer inom LSS samt på korttidsboendet. I ordinärt boende är målet att alla inkomna fallavvikelser ska följas upp genom hembesök, förutsatt att patienten samtycker till besök. En annan del av det fallförebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Det innebär att samtliga personer som ansöker om trygghetslarm erbjuds ett fallpreventivt hembesök. I och med detta finns det möjlighet att i ett tidigt skede kunna komma i kontakt med personer med ökad fallrisk och tidigt kunna erbjuda fallförebyggand insatser.

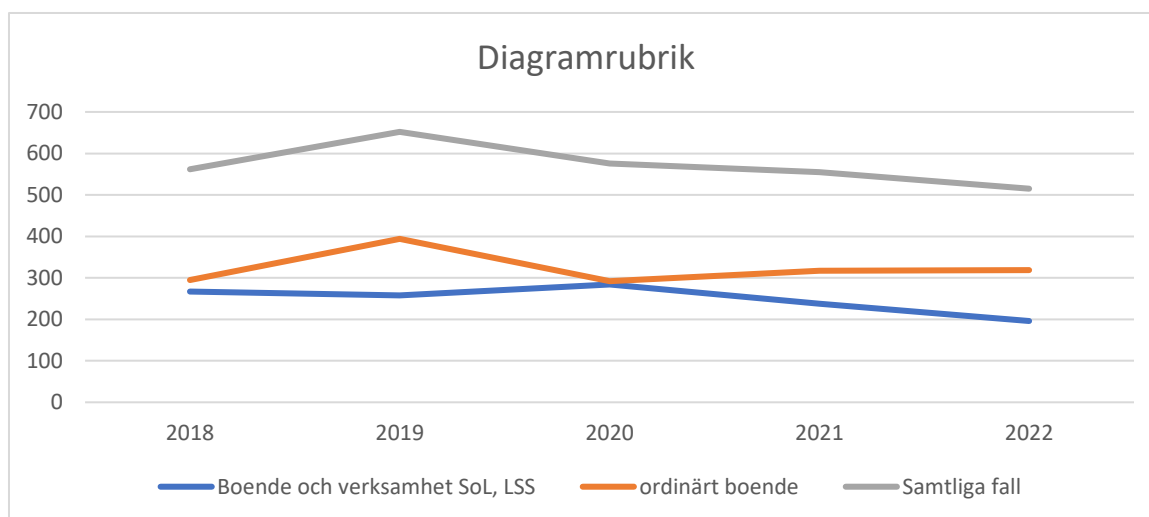
Boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter, dagliga verksamheter

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	295	+36	+ 13.9%
2019	394	+99	+ 33.6%
2020	292	-102	- 25.9%
2021	317	+25	+ 8,6%
2022	319	+ 2	+0,6%

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022

Ordinärt boende

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	267	-26	- 8.8%
2019	258	-9	- 3.4%
2020	284	+26	+ 10,0%
2021	238	-46	- 16,2%
2022	196	-42	-17,6%

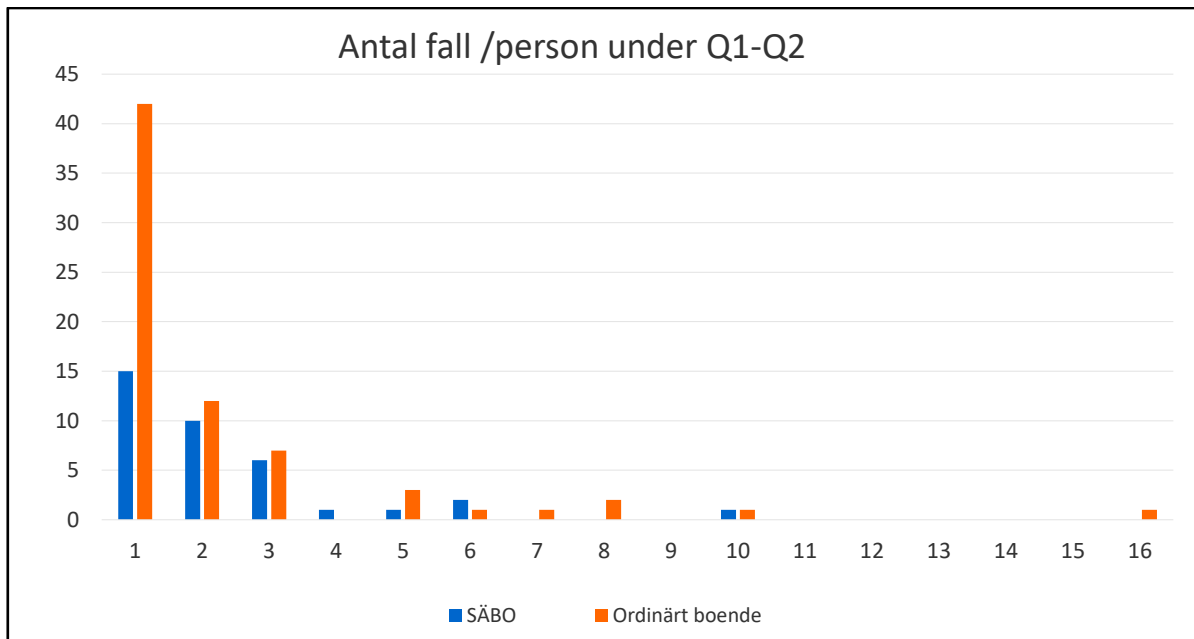


Analys av resultat: Antalet fallavvikelser har minskat något de senaste fem åren. Antalet äldre i kommunen har ökat och kommer fortsätta att öka, vilket innebär att även antalet personer som har risk för fall ökar. Det minskade antalet inkomna fallavvikelser skulle kunna vara en indikation på att de fallpreventiva insatserna och verksamheternas rehabiliterande förhållningssätt gör nytta. Bra samarbete mellan biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut och hemtjänst där alla parter har en förståelse för varandras bedömningar och beslut är avgörande för att insatser ska kunna erbjudas i ett tidigt skede.

I den statistik som presenteras här är det inte möjligt att urskilja hur många som faller för första gången eller faller upprepade gånger. Det framkommer inte heller om personskada uppstått eller hur många som fått ett uppföljande hembesök med fallförebyggande insatser. I och med utvecklingen i det nya avvikelssystemet finns hopp om att i framtiden kunna ta ut statistik och genom det kunna uttala sig mer kring orsaker och utförda insatser.

Under våren 2022 genomfördes en närmare analys av fallavvikelser genom att titta på antal registrerade fall/ individ som registrerats under 6 månader (det innebär att dessa personer kan ha ramlat innan denna 6månaders period).

Bilaga patientsäkerhetsberättelse 2022



Återkommande fall är mindre vanligt i ordinärt boende än på särskilt boende. Det finns enstaka personer som ramlar mycket ofta.

Åtgärd: Arbetet med att utveckla samverkan mellan professionerna kommer fortgå för att nå personer i ordinärt boende. Det som kommer efterfrågas i statistiken fortsättningsvis är om personen har fallrisk bedömts samt om fallförebyggande plan upprättats vid identifierad risk för fall.

Uppföljning av åtgärd: Analys av inkomna fallavvikelser och annan relaterad statistik.