



VÄSTERVIKS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden Västerviks kommun År 2021



Datum

Anneli Wallin Verksamhetschef HS

Jeanette Medner-Forsberg Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Camilla Arvidsson Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer

Inledning

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 följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Verksamhetschefen hälso- och sjukvårdens ansvar	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	7
Chefers ansvar	7
Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar	7
Stödfunktioner inom patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Länsgemensamma träffar med regionens MAS, MAR och VC	8
Länsgemensam ledning	8
Länsgrupp Rehab /Hab	8
Samverkansmöten Hälsocentraler och Västerviks kommun	8
Hem- och boendeteam	9
Patientsäkerhetsmöten	9
HS ledningsgrupp	9
SIHV	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Informationssäkerhet	9
GDPR	9
Loggning – Treserva, Cosmic och NPÖ	10
Sithskort	10
Samtycke	10
Dokumenthanteringsplan	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Kompetensutveckling	11
Processgrupper	12
Kliniskt tränings Centra (KTC)	12
Patienten som medskapare	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14

Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	17
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	19

SAMMANFATTNING

Under våren 2021 genomfördes en stor vaccinationsinsats mot Covid-19. Arbetet med att organisera och planera vaccinationsinsatsen tog mycket av verksamhetens tid. Planen var att så snabbt och effektivt som möjligt kunna vaccinera alla patienter och brukare inom kommunen. Redan 29 december 2020 genomfördes de första vaccinationerna på flera SÄBO i kommunen. Sjuksköterskorna var organiserade i vaccinationsteam och man arbetade två och två tillsammans för att säkerställa patientsäkerheten när man genomförde vaccinationerna.

Redan i slutet av mars var man klar med den stora massan av patienter och brukare men en hel del uppdrag om vaccinationshjälp till regionen följde kring personer som var oförmögna att ta sig till sin hälsocentral och därför önskade hembesök.

Smittläget under våren 2021 har varit lugnt bland patienter och brukare och endast enstaka fall bland personal har konstaterats. En snabb och effektiv smittspårning har gjort att inga utbrott konstaterats under våren. Personalen har fortsatt att arbeta med förstärkt skyddsutrustning under hela våren och först i juni kom nya riktlinjer som gav möjlighet att lätta lite på skyddsutrustningen.

Efter sommaren har verksamheten försökt starta upp flera projekt och målarbeten som inte kunnat genomföras tidigare på grund av pandemin.

Som en del i arbetet med Nära vård startade ett projekt ”Framtidens habilitering och rehabilitering är nära”, våren 2021. Det är ett samarbetsprojekt där eHealthArena och Länsgrupp hab/rehab tillsammans med patientrepresentanter tar ut riktningen för habilitering och rehabilitering i Kalmar län.

Arbetet kring den nationella handlingsplanen för säker vård är påbörjad och en GAP-analys är genomförd. Analysteamet, dokumentationsgruppen och palliativa gruppen har genomfört möten under hösten och påbörjat utvecklingsarbeten.

Ett omtag för teamarbetet i kommunen har påbörjats under året. Enhetschefer har haft ansvar för att kalla samman teamen och utifrån ett förutbestämt koncept gå igenom teamets uppdrag och funktion.

Nya senior Alert ombud har utsetts på alla SÄBO och en grundutbildning har genomförts med alla ombud.

Tyvärr tog åter covid smittan fart under sen hösten 2021 och en tredje dos vaccin mot covid-19 skulle erbjudas alla patienter och brukare i kommunen. Vaccinationsplanering och organisering blev åter aktuellt och extra personal fick kallas in för att genomföra vaccinationerna. Fokus kom åter att hamna på vaccinationer och annat verksamhetsutvecklande arbete fick anstå.

Mål som genomförts under 2021

Kopplat till de mål som sattes för 2021 har följande genomförts;

Ett arbete kring den nationella handlingsplanen pågår genom en länsövergripande arbetsgrupp som har till uppgift att utveckla patientsäkerhetsarbetet. En GAP-analys är genomförd i kommunen inom området patientsäkerhet och ett antal fokusområden har registrerats.

Ledningsgruppen inom hälso- och sjukvård har genomgått en ledarskapsutbildning kring Nära Vård Kapitalinvesteringar av Bladderscan för kontroll av resurin, och elektriskt drivna arm och benscyklar till särskilda boenden har gjorts.

Analysteamet har kommit i gång med sitt arbete kring risk och händelseanalys.

Ett omtag kring teamarbetet och Senior Alert har genomförts under 2021.

Legitimerad personal inom kommunen har fått läs och skrivbehörighet i regionens hälso- och sjukvårdsjournal Cosmic. Detta för att underlätta samverkan mellan slutenvården och öppenvården.

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

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

Hälso- och sjukvårdens mål är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär bland annat att vården ska ges med respekt för allas människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. God kvalitet inom hälso- och sjukvård innebär att vården ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik. Den ska ges inom rimlig tid och det ska finnas ett långsiktigt kvalitetsarbete. Med stöd av kommunens ledningssystem ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds i Västerviks Kommun. Likaså ska medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges.

I januari 2020 kom Socialstyrelsen ut med en Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen gäller 2020 - 2024 och innehåller fem fokusområden.

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap.

Handlingsplanen ska stärka vårt systematiska patientsäkerhetsarbete och förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Mål för 2022

- Minska antalet fallskador genom att arbeta med vårdprevention
- Minska antalet läkemedelsavvikelser genom att införa digital signering
- Stärka teamsamverkan genom utbildningsinsatser
- Stärka vårdens övergångar genom olika Nära vårdprojekt

Organisation och ansvar

Nämndens uppgift är att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

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

Verksamhetschefen hälso- och sjukvårdens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet samt att främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att det systematiska kvalitetsarbetet fortlöpande utvecklas och säkras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen för HSL upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS och MAR ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs och att det finns de riktlinjer och rutiner som behövs för verksamheten.

Det är MAS och MAR som ansvarar för att anmäla enligt Lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till Läkemedelsverket vid tillbud med medicintekniska produkter.

Chefers ansvar

Cheferna har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. De ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända och följs. De ansvarar också för att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra arbetet på ett patientsäkert sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Omsorgspersonal med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet

Smittskydd och vårdhygien utgår från Region Kalmar län. En hygiensjuksköterska från regionen är kommunen behjälplig gällande aktuella hygienrutiner samt är rådgivande vid utbrott och smittor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Länsgemensamma träffar med regionens MAS, MAR och VC

Länets kommuner samverkar genom regelbundna träffar med verksamhetschefer för kommunal hälso- och sjukvård, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering. För att säkerställa det länsgemensamma arbetet avseende covid-19 har under pandemin ett nära samarbete, med gemensamma återkommande träffar mellan länets kommuner, regionens primärvård, smittskydd samt vårdhygien inletts.

MAS och MAR från länets 12 kommuner träffas regelbundet för samverkan. För en patientsäker och jämlik vård och omsorg arbetas länsgemensamma dokument kring hälso- och sjukvård fram i gruppen. Under 2021 har mycket utvecklingsarbete fått stå tillbaka på grund av pandemin.

Länsgemensam ledning

Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård samt skolan är en länsgemensam ledningsgrupp.

Genom gruppen, som består av social- och omsorgschefer, samt skolchefer, representanter från regionens ledningsstab samt regionens förvaltningschefer inom hälso- och sjukvård, primärvård och psykiatri, sker en länsövergripande samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor mellan länets tolv kommuner och Region Kalmar län.

Länsgrupp Rehab /Hab

Det finns en Länsgrupp Habilitering/Rehabilitering, som är ett samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi inom kommunernas och Region Kalmars habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Genom länsgrupp hab/rehab har en gemensam kunskapsutveckling runt covid-19 kunnat genomföras. Patientmedverkan har en viktig roll i det projektet som startade våren 2021 roll "Framtidens habilitering och rehabilitering är nära". Projektet syftar till att vi, patienter, Region och Kommunal hälso- och sjukvård gemensamt driver omställning till Nära vård inom rehabilitering och habilitering i vårt län. Det drivs som ett samarbetsprojekt i Nära vårds anda där eHealthArena och länsgrupp hab/rehab samarbetar. eHealth Arena är en långsiktig satsning initierad av Region Kalmar län för att skapa en gemensam e-hälsoarena för näringsliv, vård och omsorg, akademi och allmänhet. De arbetar i samverkan för att bidra till ett ökat användande av e-hälsotjänster, en ökad näringslivstillväxt inom e-hälsoområdet samt en ökad effektivitet inom vård och omsorg.

Samverkansmöten Hälsocentraler och Västerviks kommun

MAS, verksamhetschefer samt legitimerad personal från Hälsocentraler och Västerviks kommun träffas på regelbunden basis för att stärka patientsäkerhet, öka samverkan, tillit och förståelse för varandras verksamheter. Dessa möten är viktiga forum för att diskutera gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring, dokumentation, sekretess samt identifiera förbättringsområdena mellan vårdgivarna.

Hem- och boendeteam

Hem- och boendeteammöten genomförs regelbundet i hemtjänst och på vård- och omsorgsboenden. På dessa möten träffas enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, biståndshandläggare och fysioterapeut för att diskutera omsorgstagarens behov, resurser, avvikelser samt riskbedömningar och åtgärder utifrån senior alert.

Patientsäkerhetsmöten

Återkommande möten med enhetschefer inom ÄO och OF har genomförts för att nå ut med riktlinjer gällande patientsäkerhet och aktuell covid information.

HS ledningsgrupp

HS ledningsgrupp träffas var annan vecka för att diskutera verksamhetsutveckling och patientsäkerhetsfrågor.

Utskrivningsplanering via samverkansmöte (SIHV)

Digitala samverkansmöten genomförs dagligen för att samordna insatser för den enskilde mellan slutenvård, öppenvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med närstående kring individens säkerhet sker främst vid Samordnad Individuell planering (SIP) och andra vårdplaneringar exempelvis inför insättande av skyddsåtgärder, risker för fall och läkemedelshantering. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård trädde i kraft 2018 och syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den öppna vården inom en region.

Enligt lagen ska Hälsocentralen, i samband med utskrivning från sjukhuset, kalla till Samordnad Individuell planering (SIP). SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet, delaktighet och samordning av vård och omsorg. SIP kan med fördel genomföras i patientens hem.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs.

GDPR

Lagen innebär att kommunen behandlar personuppgifter med respekt för den personliga integriteten och att personuppgifter alltid behandlas på laglig grund.

NIS-direktiv

NIS-direktivet syftar till att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem inom EU. Lagstiftningen gäller för leverantörer av samhällsviktiga tjänster, för nätverk och informationssystem, och omfattar sju sektorer, var och en med en ansvarig tillsynsmyndighet. Kommuner och regioner berörs av tjänster inom sektorerna:

- Energi
- Transport
- Hälso- och sjukvård
- Dricksvatten
- Digital infrastruktur.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) koordinerar nationellt arbetet med tillsynsmyndigheterna.

Loggning – Treserva, Cosmic och NPÖ

Loggning görs för att säkerställa att ingen obehörig öppnar en journal som den inte har någon vårdrelation till. Loggning ska genomföras en gång i månaden.

Sithskort

Syftet med Siths-kort är framför allt att uppfylla nationella krav på säkerhet och identifiering vid inloggning och signering i system där patientinformation hanteras. Detta innebär en högre säkerhet vid inloggning till olika vårdssystem samt ett ökat skydd av patientinformation.

Samtycke

Samtycke dokumenteras i varje patients journal och det anges också om det finns några begränsningar i samtycket. Ett samtycke gäller fram till att patienten väljer att ändra sitt samtycke.

Dokumenthanteringsplan

Kommunens dokumenthanteringsplan anger hur länge man sparar, arkiverar och diarieför verksamheternas uppgifter.

En god säkerhetskultur

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



Avvikelse

Benägenheten att rapportera avvikelser förefaller vara god. Risk för vårdskada samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapporteras och följas upp i Treserva. De ska även analyseras och återkopplas på hem- och boendeteam.

Vid allvarliga händelser där individ drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada kontaktas MAS/MAR omgående, som efter utredning gör bedömning av behov av eventuell lex Maria anmälan. Idag använder legitimerad personal pappersblanketter för rapportering av avvikelser kring medicintekniska produkter. Blanketten lämnas till MAR för diarieföring och bedömning om anmälan till LäkeMedelsverket och/eller IVO ska ske.

Avvikelser i vårdkedjan - STELLA

Region Kalmar samarbetar med den kommunala hälso- och sjukvården för att minimera risker och systematiskt förbättra säkerheten genom ett gemensamt rapporteringssystem för avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter lämnas på flera olika sätt. Antingen direkt på kommunens hemsida eller på en synpunktsblankett. Brev, telefonsamtal eller personligt besök är också vanligt förekommande. Synpunkten skickas sedan vidare till berörd chef som efter analys och åtgärd besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten.

Den klagande ska upplysas om de möjligheter som finns att klaga hos patientnämnden.

Privata utförare handlägger sina ärenden och gör sina analyser för att sedan rapportera detta till MAS/MAR.

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.



Kompetensutveckling

Introduktion

Ett nytt introduktionsmaterial för hälso- och sjukvårdens medarbetare har utarbetats under året. Introduktionen ska ge en tydlig bild av uppdrag och ansvar för varje medarbetare och skapa trygghet och tydlighet för varje nyanställd medarbetare.

MAS och MAR erbjuder introduktion för nya chefer i Socialförvaltningen. Introduktionen innehåller information om MAS och MAR's uppdrag och ansvarsområde, teamarbetet samt har ett extra fokus på patientsäkerhetskultur.

Utbildning

Medicintekniska produkter (MTP)

Medicintekniska produkter, MTP, används inom omsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna är individuellt utprovade och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Förskrivningen journalförs och registreras i WebSesam. Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut håller i en årlig genomgång av de vanligaste förekommande tekniska hjälpmedlen för omvårdnadspersonalen.

Funktionskontroll av hjälpmedel skall göras före varje användning och utförs av personal som använder det. All omvårdnadspersonal har ett ansvar för att veta hur ett hjälpmedel fungerar innan man använder

det, och riskerna som finns kring användandet. I ansvaret ingår också att rapportera till förskrivare om ett hjälpmedel inte fungerar optimalt, är trasigt eller slitet.

När produkten lämnas ut skall en bruksanvisning följa hjälpmedlet. Ansvarig förskrivare utbildar och instruerar berörd patient och/eller personal i hur hjälpmedlet ska användas.

På tekniska hjälpmedel, som lyftar, görs en regelbunden besiktning av tekniskt utbildad personal.

Det sker en årlig kalibrering av viss medicinteknisk utrustning.

Förflyttningsutbildning

Under 2021 har ett utbildningskoncept för omvårdnadspersonal i förflyttningskunskap tagits fram och en lokal har iordningställts för ändamålet. När utbildningsinsatsen kan starta kommer först förflyttningssombud att utbildas, och sedan finns utrymme att utbilda 24 personal/ vecka. Utbildningen kommer att ske kontinuerligt och vara obligatorisk för ordinarie personal samt långtidsvikarier.

Processgrupper

Processgrupper verkar för att tillvarata och sprida befintlig kompetens samt utveckla och ta till sig nya metoder och forskningsrön. Utifrån arbetet i processgrupperna skapas nya rutiner och arbetssätt som sedan implementeras i verksamheten.

Utbildning inför delegerade arbetsuppgifter

Delegering får endast ske då det är förenligt med god och säker vård. Det är den legitimerade personalen som är ansvarig för om en uppgift är att betrakta som en medicinsk uppgift. Det krävs alltid en individuell, professionell bedömning av legitimerad personal innan delegering kan ske.

Enhetschef för omsorgspersonal ska se till att personal som ska delegeras genomgår utbildning och har godkända resultat på kunskapstester innan delegering kan genomföras. Enhetschef ansvarar också för att planera schema och semestrar så att resurser finns så att delegerade arbetsuppgifter kan utföras.

Kliniskt tränings Centra (KTC)

De läns gemensamma kliniska träningscentra (KTC) är ett kunskapsnav när det gäller utbildningar och färdighetsträning inom vårdnära arbete, kommunikation och olika kvalitetsmetoder. Utbildningarna riktar sig till medarbetare och studenter inom Region Kalmar län samt i den kommunala hälso- och sjukvården. KTC är även en mötesplats för alla där erfarenheter kan utbytas och ökat samarbete mellan olika verksamheter och yrkesgrupper främjas.

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.



Utifrån framkomna synpunkter på brukarråd, vårdplaneringar, telefonkontakter och från inkomna klagomål och synpunkter tas närståendes och patienters synpunkter och önskemål i beaktande. Vid upprättande av vårdplan, rehabplan och SIP ska man utgå ifrån vad som är viktigt för patienten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Analysteam

Hösten 2021 startades kommunens Analysteam upp, med syfte att öka och sprida kunskap om patientsäkerhetsarbete. I teamet ingår undersköterskor, sjuksköterskor arbetsterapeut, fysioterapeut, MAS samt MAR. Teamet ska träffas regelbundet för att analysera inkomna avvikelser, reflektera över risker, samt föreslå förbättringsåtgärder.

Egenkontroll

Uppföljning genom egenkontroll för ökad patientsäkerhet har gjorts kring journalhantering, basala hygienrutiner, inspektion av lyftselar, palliativa registret, HALT mätning och utvärdering av hemrehabilitering och hemteam. Egenkontrollerna har visat goda resultat gällande basala hygienrutiner, och Palliativa registret. Förbättringspotential finns kring inspektion av lyftselar, journalvård och teamarbete.

Säker vård här och nu

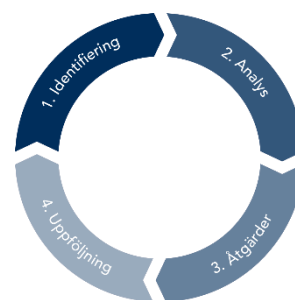
Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Inspektion av lyftselar var 6:e månad	100% följsamhet	87 % inspekterade inom tidsram	Vissa områden visade 100% följsamhet, medan något område visade lågt resultat.	Information, dialog och återförande av resultat.	Öka frekvens av egenkontroll	2 gång /år	Egenkontroll
Teamsamverkan	God kunskap kring hur samverkan ska ske i teamen	Områdeschefen har tagit fram handlingsplaner för hur teamsamverkan ska förbättras.	Handlingsplanerna har fler gemensamma ämnen som, senior alert, BPSD, syfte med team och deltagande på teamen. Arbetet behöver fortsätta.	Inplanerade teamkonferenser under 2022	Följa upp handlingsplaner från områdescheferna.	1 g / år	Handlingsplaner
Basala Hygienrutiner	100%	Se bilaga	Vissa områden hade 100% följsamhet medan andra visade sämre resultat	Kompetensutveckling via föreläsning och film.	Egenkontroll	4g/år	Egenkontroll
Journalgranskning	100%	Se bilaga	Inget område nådde 100%. Bäst 80% och sämst 20%	Utbildning, Översyn av journalsystem	Egenkontroll	2g/år	Egenkontroll

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister som syftar till att få in omvårdnadsfakta och utveckla nya förebyggande arbetsätt inom områdena fall, trycksår, munhälsa och undernäring. Dessa områden är starkt sammanflätade och framförallt individer med komplexa vårdbehov löper risk att utveckla trycksår, undernäring och har ökad fallrisk. Det första steget innebär att omsorgspersonal gör riskbedömning utifrån Senior Alerts blanketter för mätning av risk för trycksår, fall, munhälsa och undernäring. Resultatet lämnas till sjuksköterska för kännedom och eventuella förslag på åtgärder. Behov av åtgärder ordineras av patientansvarig sjuksköterska (PAS), arbetsterapeut eller fysioterapeut, som tillsammans med omsorgspersonal på hem- och boendeteam utför och följer upp planerade insatser. Största utmaningen med det vårdpreventiva arbetet är att det måste integreras med övriga vård- och omsorgsinsatser för att ge effekt. Det kräver kunskap, medvetenhet och samsyn hos samtliga medarbetare. Arbetet med riskbedömningar och åtgärdsplaner enligt Senior Alert är under utveckling. Som en satsning på senior alert genomfördes under december en utbildning för samtliga senior alert ombud. Under våren 2022 fortsätter arbetet med att omvårdnadspersonal och legitimerade gemensamt i teamet, ska riskbedöma, åtgärda och följa upp eventuella risker för våra omsorgstagare.

Kvalitetsledningssystem

Vårt nuvarande kvalitetsledningssystem Stratsys, används inte fullt ut och ger heller inte förutsättning att arbeta systematiskt med egenkontroller, kvalitetsindikatorer och uppföljningar. Under 2022 sker ett införande av en nyare version av Stratsys. En arbetsgrupp bestående av MAS, MAR, SAS, verksamhetschef HS, enhetschefer och områdeschefer är tillsatt för att driva och implementera det nya kvalitetsledningssystemet.



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.



Händelser och vårdskador

En allvarlig händelse som lett till en vårdskada har utretts och Lex Maria anmälts under året. Allvarliga händelser utreds enligt SKR's händelseanalys av enhetschef i samråd med MAS och MAR.

Avvikelser mellan region och kommun handlar ofta om bristande kommunikation och dokumentation mellan olika enheter. Trots samarbetet kring SIHV och kommunens tillgång till regionens journalsystem finns fortfarande utvecklingsområden som måste ses över.

De största områden kring avvikelser handlar om läkemedelsavvikelser, fall och bristande kommunikation och dokumentation. Antalet läkemedelsavvikelser är under året 1478st. Räknar man ut ett snitt på att ca 1,2 miljoner doser delas ut till våra patienter årligen så blir procenten av felaktigheter under 1%.

Fall brukar presenteras i fallfrekvens, dvs antal fall som inträffar under en period – ofta ett år. Antalet fallavvikelser är under året 2561 st. Här ingår fall både på SÄBO, korttids, hemsjukvård och hemtjänst. Studier visar att;

- äldre fysiskt aktiva personer i ordinärt boende har lägst fallfrekvens 0,2 – 1,0 g/år. Mellan en tredjedel och hälften av dessa faller minst en gång/år och hälften av dessa faller upprepade gånger. Det saknas studier om fallhändelser och skador bland äldre personer i ordinärt boende som har omfattande omsorgsinsatser och hemsjukvård. Det är möjligt att det finns flera likheter mellan dem och äldre i SÄBO.
- Personer på SÄBO faller i genomsnitt 2,0 – 4,3 g/år
- Personer inlagda på Rehabiliteringsavdelning (jmf Annagården) faller i genomsnitt 2,0 – 6,5 g/år
- Personer på psykiatrisk avdelning faller i genomsnitt 4,0 - 6,2 g/år

Exempel:

500 boende på SÄBO som faller ca 3 g/år
= 1500 fall

500 boende på SÄBO som faller ca 5 g /år
= 2500 fall

Våra boende är blandat med olika funktionsnedsättningar, demens, psykiatrik och även korttids med rehabilitering.

Personer med demenssjukdom, stroke, Parkinsons sjukdom och diabetes typ 2 har generellt högre fallrisk än andra grupper av äldre.

Har vården varit säker?

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Fall	Minska antalet fall med vårdskada	2561 fall totalt 315 med sårskada	Fallpreventionsarbete ska vara en del av teamarbetet. Ser olika ut i teamen.	Fallpreventionsarbete i teamsamverkan Årlig genomgång av fallprevention för all omsorgspersonal Fallförebyggande ronder på SÄBO	Egenkontroll av genomförd information /diskussion i team Egenkontroll av genomförd rond	1 g/år 1g/år	Treserva avvikelse modul Egenkontroll
Fall med fraktur	Minska antalet fall med fraktur	41 st	Fallpreventionsarbete ska vara en del av teamarbetet. Ser	Fallpreventionsarbete i teamsamverkan . Årlig genomgång av fallprevention för all	Egenkontroll av genomförd information /diskussion i team	1 g/år	Treserva avvikelse modul

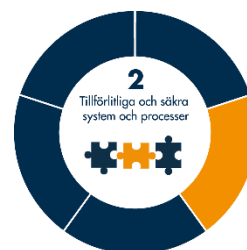
			olika ut i teamen.	omsorgspersonal			
Läkemedel	Minska antalet läkemedel avvikelser	1478 st	Rutiner kring läkemedels hanterings och delegering finns.	Digital signeringslista	Apoteks granskning	1g/år	Treserva avvikelse modul
Avvikelser från regionen	Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	89		Gemensamma digitala system	Samverkans möten. SIHV SIP		STELLA avvikelse modul
Synpunkt och klagomål	God vård Nöjd kund	9		Kompetens utveckling. Rutiner och riktlinjer	Systematiskt kvalitets arbete		Inkommen handling
Patient nämnden	God vård Nöjd kund	2		Kompetens utveckling. Rutiner och riktlinjer	Systematiskt kvalitets arbete		Patient nämnd
Medicinteknikprodukter	Bibehålla låg nivå av avvikelser kring medicintekniska produkter	4	Finns bra rutiner kring hantering av medicintekniska produkter.	Fortsatt information och samverkan kring medicintekniska produkter.		1 g/ år	Diarie

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

Ett kontinuerligt förbättringsarbete sker genom processgrupper, som verkar för att tillvarata och sprida befintlig kompetens samt utveckla och ta till sig nya metoder och forskningsrön. Utifrån arbetet i processgrupperna skapas nya rutiner och arbetssätt som sedan implementeras i verksamheten. Nya processgrupper tillsätts och gamla avvecklas beroende på vad som behöver vidareutvecklas.



Ett systematiskt arbete med egenkontroller genomförs årligen kring hygien, medicintekniska produkter, journalgranskning, teamarbete samt vårdprocesser.

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

Bristen på sjuksköterskor och fysioterapeuter leder till stora konsekvenser för vård och omsorg. De senaste åren har det varit väldigt svårt att rekrytera både sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter vilket leder till en stor belastning på verksamheten och den personalen som är i tjänst. Möjligheten att erbjuda hemrehabilitering påverkas också av bristen på fysioterapeuter. Hög omsättning av legitimerad personal samt inhyrd personal från bemanningsföretag gör att kontinuiteten minskar vilket kan leda till stress och ökad risk för vårdskador.

Även brist på utbildade undersköterskor gör vården och omsorgen sårbar och försvårar delegeringsförfarande.



Nationell handlingsplan för patientsäkerhet

En nulägesanalys har genomförts utifrån de fokusområden som Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet har kommit fram till. Resultatet av analysen visar på 5 olika områden som behöver utvecklas.

- Förebyggande arbete för att minska vårdskador
- Dagligt patientsäkerhetsarbete
- Uppföljning av patientsäkerhetsarbete genom insamling av data
- Omvärldsbevakning
- Patientmedverkan

Riskhantering

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

Riskanalyser genomförs kontinuerligt i samband med förändringar i verksamheten, införande av nya rutiner och arbetssätt.

I verksamheten förefaller vilja att rapportera in avvikelser som god. Men att upptäcka och rapportera risker är ett stort utvecklingsområde.

Under pandemin har ett antal riskanalyser genomförts för att säkerställa patientsäkerhet och undvika smittutbrott eller andra vårdskador.

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.

Analysteamet har till uppgift att bevakna och analysera riskområden utifrån inkomna avvikelser.



Avvikelser

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

Vård och omsorgspersonal rapporterar avvikelser/tillbud digitalt i kommunens journalsystem Treserva. Gäller avvikelserna samverkan mellan region och kommun rapporteras detta i avvikelssystemet STELLA.

Vid allvarliga händelser inom hälso- och sjukvård kontaktas MAS/MAR som tillsammans med analysteamet gör en utredning och bedömer om anmälan enligt Lex Maria ska ske.

Privata utförare rapporterar avvikelser och händelseanalyser på blanketter som skickas till MAS/MAR.

Vid tillbud med medicintekniska produkter rapporterar legitimerad personal till MAS/MAR som vid behov gör en rapportering till leverantör och Läkemedelsverket enligt fastlagt rutin.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan lämnas på flera sätt. Antingen direkt på kommunens hemsida eller på en synpunktsblankett. Brev, telefonsamtal eller personligt besök är också vanligt förekommande. Synpunkten skickas sedan vidare till berörd chef som efter analys och åtgärd besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten. Missnöjda kunder ska upplysas om de möjligheter som finns att klaga hos patientnämnden.

Privata utförare handlägger sina egna ärenden och gör analyser för att sedan rapportera detta till MAS/MAR.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Minska antalet frakturer vid fall genom att arbeta med vårdprevention
- Minska antalet läkemedelsavvikelser genom att införa digital signering
- Stärka teamsamverkan genom utbildningsinsatser
- Stärka vid vårdens övergångar genom olika Nära vårdprojekt

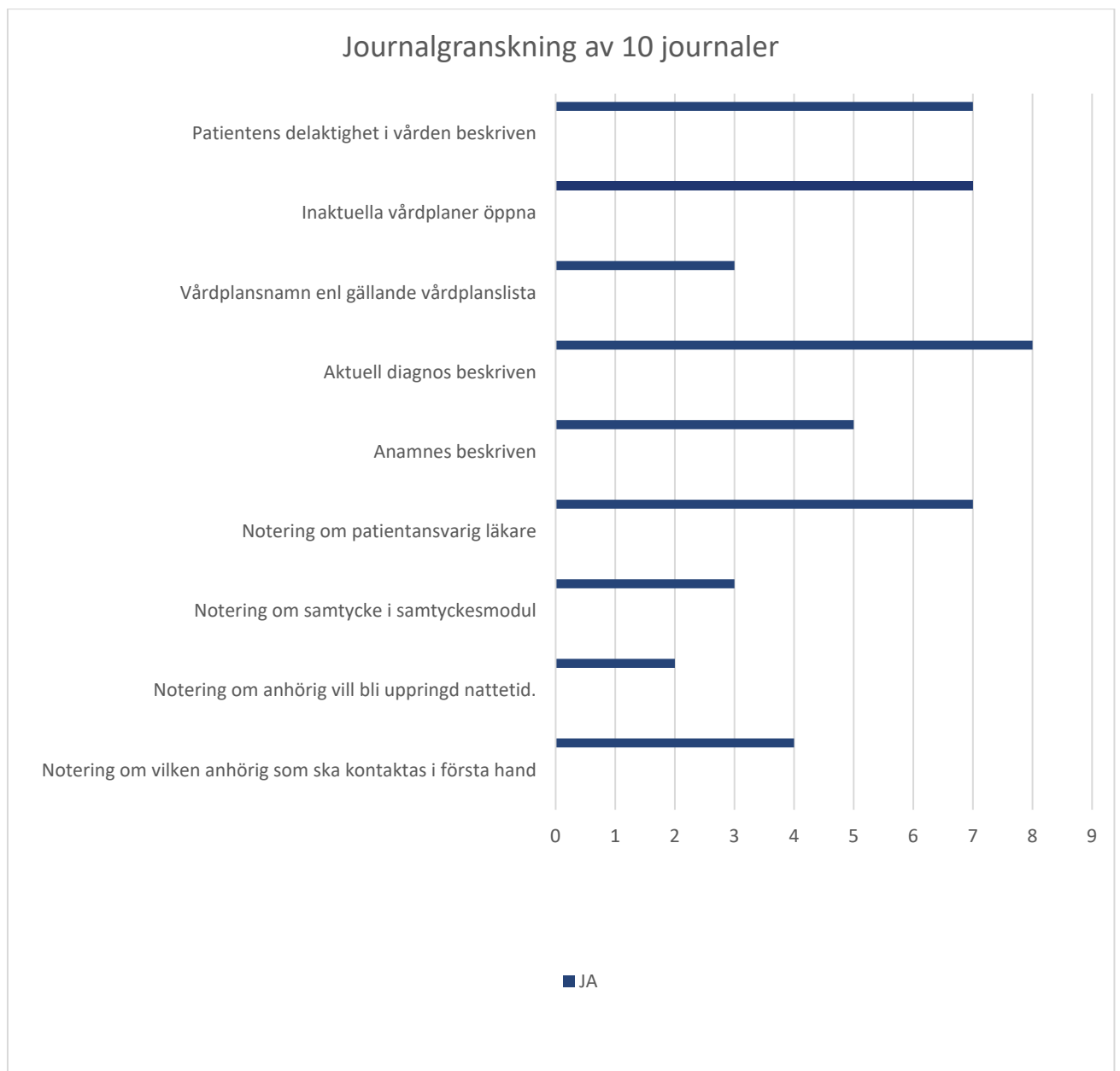
Mestadels av våra avvikelser handlar om fall och läkemedel.

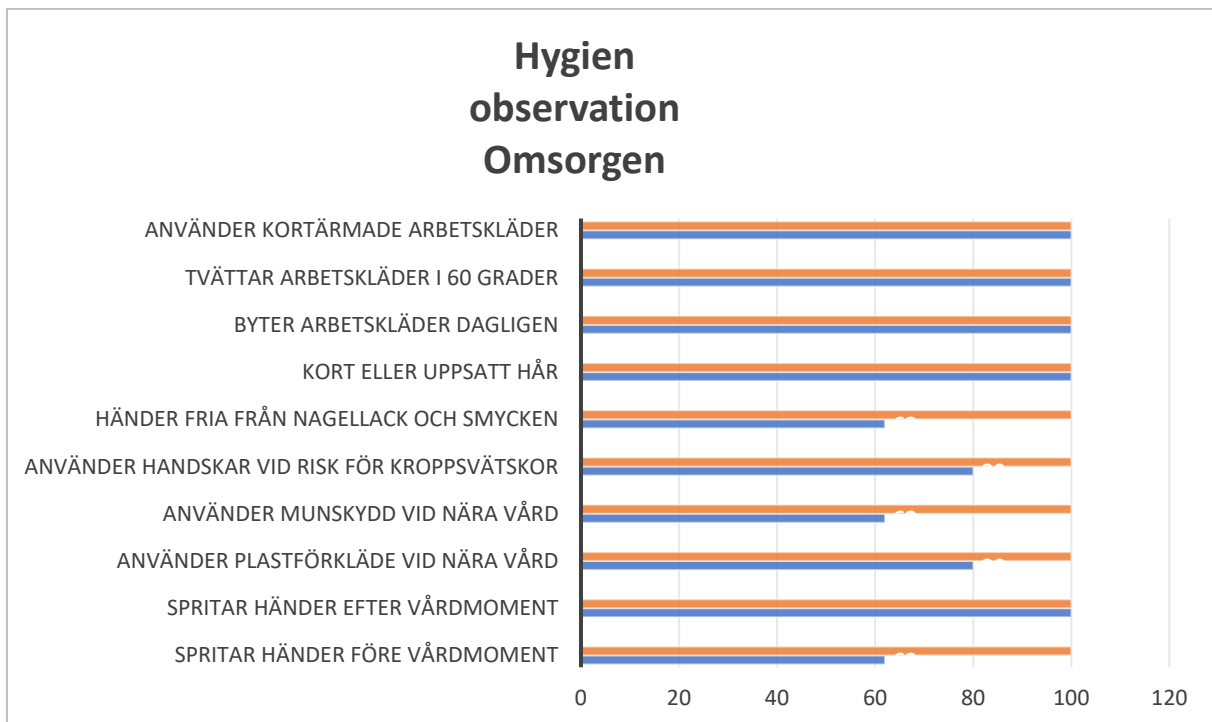
För att få ner antalet fallskador behöver vi arbeta mer med vårdprevention. För att stärka kompetens kring fall och fallprevention ska ett utbildningsmaterial tas fram som kan förmedlas till samtlig omsorgspersonal.

För att minska antalet läkemedelsavvikelser behöver digital signering införas.

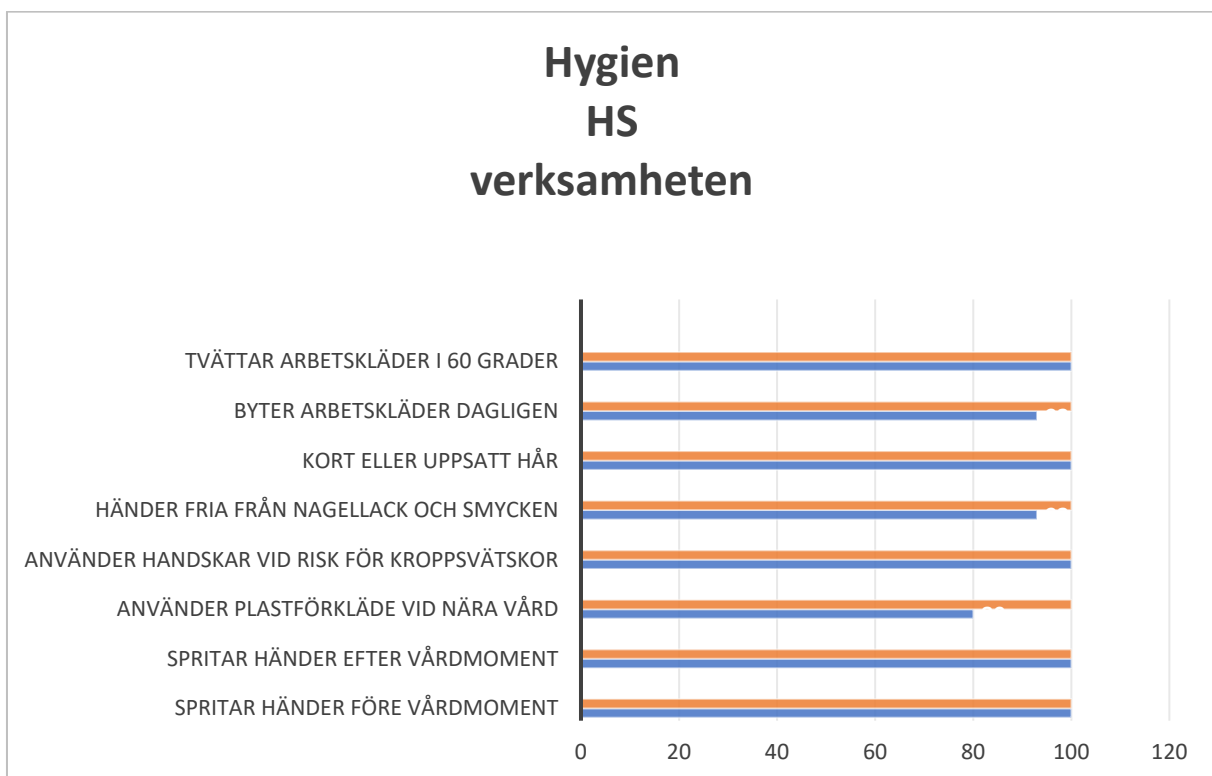
Teamet är kärnan i vår verksamhet, där olika profession träffas och utbyter kunskap i syfte att ge våra omsorgstagare optimal vård och omsorg. Teamsamverkan fungerar olika bra och behöver stärkas upp. En satsning planerades under 2021 där ett introduktionsmaterial kring team och teamsamverkan togs fram. Detta är tänkt att vara en årligen återkommande genomgång för samtliga team. Det planerades även för gemensamma teamstärkande konferenser. Dessa har skjutits på framtiden på grund av pandemin och planeras genomföras under 2022. Styrgrupp för hem- och boendeteam har varit vilande under pandemin, som gett konsekvensen att hem- och boendeteam inte har kunnat följas upp och vidareutvecklas på ett övergripande plan.

Olika samarbetsformer har startat i Nära vårds anda. Detta behöver fortgå och intensifieras för att överbrygga svårigheter och minska variation.





Totalt
Följsamhet i %



Totalt
Följsamhet i %

Palliativ registret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-02 - 2022-02

