



VÄSTERVIKS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden Västerviks kommun 2022



Datum 230208

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

Patientsäkerhetsberättelse för Socialnämnden Västerviks kommun 2022	1
INLEDNING	2
Mål som genomförts under 2022	6
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	8
Stödfunktioner inom patientsäkerhet	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Länsgemensamma träffar med regionen, MAS, MAR och VC	8
Länsgemensam ledning	8
Länsgemensamma träffar med MAS, MAR och VC	8
Länsgrupp habilitering/rehabilitering	8
Kommunal Hjälpmedels Samverkan (KHS).....	8
Samverkansmöten Hälsocentraler och Västerviks kommun.....	9
Hem- och boendeteam	9
Kvalitets- och patientsäkerhetsmöten.....	9
Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp	9
Utskrivningsplanering via samverkansmöte	9
Samverkan med patienter och närstående.....	9
Informationssäkerhet	10
GDPR.....	10
NIS-direktiv	10
Loggning – Treserva, Cosmic och NPÖ	10
Sithskort	10
Samtycke	10
Dokumenthanteringsplan	10
En god säkerhetskultur	11
Avvikelser	11

Avvikelser i vårdkedjan - STELLA.....	11
Klagomål och synpunkter	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Kompetensutveckling	11
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Analysteam.....	13
Egenkontroll	13
Inspektion av lyftsalar.....	14
Teamsamverkan	14
Basala hygienrutiner	14
Journalgranskning.....	14
Apoteksgranskning	15
Senior Alert.....	15
Kvalitetsledningssystem	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Händelser och vårdskador	15
Har vården varit säker?.....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	17
Säker vård här och nu	17
Är vården säker idag	18
Nationell handlingsplan för patientsäkerhet	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	18
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20
Egenkontroller	21
Journalgranskning av 10 journaler.....	21
Hygien Hälso- och sjukvårdsenheten	21
Palliativa registret Västerviks kommun.....	22

SAMMANFATTNING

Under våren 2022 har en ny version av kvalitetsledningssystemet Stratsys införts, enligt (SOSFS 2011:9). MAS, MAR och SAS har tillsammans med en arbetsgrupp genomgått en utbildning i systemet för att öka kunskaperna om systematiskt kvalitetsarbete och systemets funktioner för ökad systematisk uppföljning. Under november och december har alla enhetschefer inom ÄO och OF fått i uppgift att genomföra en nulägesanalys av sina verksamheter och rapportera det i kvalitetsledningssystemet så att patientsäkerhetsmål för 2023 kan beslutas.

Kring den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har nya krav kommit från Socialstyrelsen. Varje kommun måste nu ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Ett första utkast till lokal handlingsplan är utarbetat och kommer att utvecklas vidare under 2023.

Det länsövergripande arbetet kring patientsäkerhet fortskrider och fler möten har hållits under året. Ytterligare patientsäkerhetsarbete som pågår är införandet av en digital signeringslista för läkemedel och andra hälso-och sjukvårdsuppgifter.

Kvalitetsdialoger har genomförts i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Kvalitetsdialogerna genomförs i verksamheten av MAS, MAR och SAS.

Förflyttningsutbildning för omsorgspersonal har startat och genomförs av rehab assistenter och leg. arbetsterapeut/fysioterapeut. På varje enhet ska det finnas en eller flera förflyttningsombud, som har till uppdrag att stötta övriga kollegor i förflyttningsteknik. Utbildningen till förflyttningsombuden är genomförd, och utbildning för fast anställd omsorgspersonal pågår. Varje vecka finns 24 platser för omsorgspersonal.

Appen , ”Visible care ”, finns för all personal inom Socialförvaltningen och är tillgänglig på alla telefoner. Visible care har tillsammans med en arbetsgrupp inom Socialförvaltningen utvecklat appen med korta instruktionsfilmer, för att underlätta arbetet och öka kompetensen för omsorgspersonalen. Instruktionsfilmerna handlar om allt från information kring förflyttningsteknik och värdegrund till instruktion att koka ägg. Lagom till sommaren när Socialförvaltningen tog emot många vikarier fanns appen med nya filmer tillgänglig.

I juni genomfördes en apotekgranskning av Apoteket AB tillsammans med kommunens MAS. Fler särskilda boenden samt hälso-och sjukvårdsverksamheten granskades. Ett flertal avvikelser noterades och under hösten har ett förbättringsarbete pågått för att åtgärda de avvikelser som apoteket funnit. Under december har MAS och enhetschefer inom HS följt upp förbättringsarbeten och genomfört stickprov ute på olika särskilda boenden. Vid stickprovskontrollerna noterades vissa förbättringar men det fanns fortfarande brister som måste åtgärdas.

Egenkontroller av basala hygienrutiner, journalgranskning och inspektion av lyftselar är genomförda under året.

Som en del i arbetet med Nära vård startade ett projekt ”Framtidens habilitering och rehabilitering är nära”, våren 2021. Det var ett samarbetsprojekt där eHealthArena och Länsgrupp hab/rehab tillsammans med patientrepresentanter tog ut riktningen för habilitering och rehabilitering i Kalmar län. Framtidens habilitering och rehabilitering fortskrider nu som ett förbättringsarbete i länsgrupp hab/rehabs regi.

Enhetschefer och legitimerad personal har genomfört fler gemensamma temakonferenser för att stärka samverkan och öka förståelse för varandras uppdrag och ansvar.

En ny riktlinje kring Senior Alert har uppförts och ska gälla från 2022. Senior Alert-ombud har utsetts på alla SÄBO och en grundutbildning inom Senior Alert för alla ombud har genomförts.

Mål som genomförts under 2022

Det vårdpreventiva arbetet kring fall och fallskador har pågått under 2022 och implementering av kvalitetsregistret Senior Alert har genomförts inom särskilda boenden. Kvalitetsregistret finns som stöd för att upptäcka riskområden kring varje enskild brukare och med den kunskapen kunna arbeta förebyggande för att minska risken för vårdskador. Ytterligare utbildning och implementering av Senior Alert kommer fortsätta under 2023.

Under 2022 var målet att kunna införa digital signeringslista för att minska läkemedelsavvikelser. Tyvärr har projektet stött på ett flertal problem, framför allt tekniska problem och problem med kopplingar mot mobiltelefonin. Arbeta pågår med att åtgärda problemen och planen är att digital signering ska gå i gång under 2023.

Enhetschefer och legitimerad personal har genomfört gemensamma teamkonferenser i syfte att stärka samarbetet och öka förståelsen för varandras uppdrag.

I syfte att stärka vårdens övergångar pågår en mängd olika projekt gemensamt med regionen, bland annat ett projekt där vi försöker identifiera och intervjua de mest komplexa patientfallen för att utröna hur vården bättre kan stötta dem.

Ett förbättringsarbete i länsgrupp habilitering/rehabilitering, med avsikt att stärka den enskilde i vårdens övergångar, fortsätter genom att initiera samordnade rehabplaner.

Ledningsgruppen inom hälso- och sjukvård avslutade ledarskapsutbildningen Nära Vård våren 2022.

Kapitalinvesteringar av medicintekniska produkter har genomförts.

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. Under 2022 kom ytterligare ett krav från Socialstyrelsen att varje kommun måste ha en lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Ett första utkast till handlingsplan är utarbetad som fokuserar på de fem olika områden

som finns i den nationella handlingsplanen. Utifrån dessa områden kommer olika mål för verksamheterna tas fram inför 2023.

- 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.

Mål för 2023

Vår arbetstid skapar mer värde för dem vi är till för

- Lokal handlingsplan för patientsäkerhet
- Minska antalet fallskador genom att arbeta med vårdprevention
- Minska antalet läkemedelsavvikelser genom att införa digital signering
- Stärka teamsamverkan genom utbildningsinsatser

Mer självständiga medborgare

- Stärka vårdens övergångar genom olika Nära vårdprojekt
- Genom Senior Alert arbeta förebyggande och hälsofrämjande

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, och ansvarar för att uppgiften utförs på korrekt sätt.

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 regionen, MAS, MAR och VC

Sedan pandemins start har länsgemensamma möten genomförts som involverat länets kommuner, regionens primärvård, smittskydd samt vårdhygien. Behovet av samarbete kvarstår även framöver och gemensamma träffar planeras regelbundet.

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.

Länsgemensamma träffar med MAS, MAR och VC

Verksamhetschefer, MAS och MAR från länets 12 kommuner träffas regelbundet för samverkan kring kommunal hälso- och sjukvård. Gruppen arbetar bland annat med att ta fram gemensamma dokument kring hälso- och sjukvård.

I syfte att erbjuda en jämlik och nära vård har kommunerna tillsammans med kommunförbundet planerat för ett omtag med tätare fysiska träffar under 2023.

Länsgrupp habilitering/rehabilitering

Länsgrupp Habilitering/Rehabilitering är ett samarbete avseende arbetsterapi och fysioterapi inom kommunernas och Region Kalmars habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter.

Projektet ”Framtidens habilitering och rehabilitering är nära” startade 2021 och syftar till att vi, patienter, Region och Kommunal hälso- och sjukvård gemensamt driver omställning till Nära vård inom rehabilitering och habilitering i vårt län. Arbetet fortskrider nu som ett förbättringsarbete i länsgrupp habilitering/rehabilitering. Nästa steg i förbättringsarbetet är att arbeta aktivt med att ge patienter en samordnad rehabplan.

Kommunal Hjälpmedels Samverkan (KHS)

Länets tolv kommuner samverkar kring hjälpmedel genom Kommunal HjälpmedelsSamverkan (KHS) som styrs av gemensam hjälpmedelsnämnd och en ledningsgrupp med representanter från samtliga

kommuner. Kalmar är världkommun för den gemensamma nämnden och arbetsgivare för personal vid de två hjälpmedelscentraler i Kalmar och Västervik. KHS ledningsgrupp har tagit fram våra länsgemensamma förskrivningsanvisningar. KHS genomför upphandlingar, inköp, lagerhållning, teknisk service, rådgivning och utprovning, recirkulation, distribution, utveckling, utbildning, information, ekonomisk redovisning, IT-stöd samt sortimentsarbete rörande tekniska hjälpmedel.

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.

Kvalitets- och patientsäkerhetsmöten

MAS, MAR och SAS erbjuder årligen återkommande möten för enhetschefer inom ÄO och OF för att nå ut med riktlinjer gällande patientsäkerhet och annan aktuell information. Kvalitets- och patientsäkerhetsmötena ger också enhetscheferna möjlighet till diskussion och stöd kring för dem aktuella frågor.

Hälsa- och sjukvårdens ledningsgrupp

HS ledningsgrupp träffas varannan vecka för att diskutera verksamhetsutveckling och patientsäkerhetsfrågor.

Utskrivningsplanering via samverkansmöte

Styrgrupp Äster är ett samarbetsforum mellan slutenvård, kommun och primärvård. Styrgruppens uppdrag är att stärka samarbetet över gränserna där ett personcentrerat synsätt är rådande. Målet är att personer får vård och omsorg på rätt nivå efter behov och att personer som skrivs ut från slutenvården upplever övergången som trygg och säker. En del av samarbetet sker med SIVH (samordnad insats vid hemgång), där dagliga digitala avstämningsmöten mellan slutenvård, öppenvård och kommunen genomförs.

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 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.



Avvikelser

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 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

Det saknas ett övergripande styrdokument för hur introduktion av ny personal ska genomföras inom socialförvaltningen. Ett tydligt dokument gällande ansvarsfördelning, uppföljning och utvärdering hade underlättat introduktionen samt gett svar på om introduktionen gett medarbetaren tillräcklig kunskap och förutsättning att genomföra sitt uppdrag. Idag genomförs introduktioner olika beroende på vilken chef man anställs av.

Som ett stöd, för bland annat introduktion av nya medarbetare, har Socialförvaltningen handlat upp en app, ”Visible care”. Den finns tillgänglig på telefonen för all personal i Socialförvaltningen. Appen har utvecklats med korta instruktionsfilmer, med allt från värdegrund till instruktion att koka ägg, för att underlätta arbetet för omsorgspersonal. Utvecklingsarbetet och implementering av appen fortsätter under 2023.

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 för hälso- och sjukvårdspersonal

Tre sjuksköterskor har genomfört utbildning till specialistsjuksköterska under 2022 och två har påbörjat samma utbildning. En sjuksköterska har genomfört en demensutbildning.

En stor satsning har gjorts på en JEMS utbildning, där nio fysioterapeuter har deltagit.

Flera från Hälso- och sjukvårdsenheten deltog på Äldreomsorgsdagarna i oktober.

Flera utbildningar genomförs återkommande för att höja och säkerställa kompetensen i verksamheten.

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, samt 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 2022 har en förflyttningsutbildning för omvårdnadspersonal startat efter ett koncept som har utarbetats och genomförs av rehabenheten. Konceptet innehåller två utbildningsdelar, en lite längre/fördjupad för förflyttningsombud och en för omsorgspersonal. Det finns utrymme att utbilda 24 personal/vecka. Under 2022 har 69 förflyttningsombud och 242 omvårdnadspersonal utbildats och för förflyttningsombuden planeras en ½-dags fortbildning under våren 2023.

Till skillnad mot tidigare förflyttningsutbildningar har deltagandet varit mycket högt, så gott som 100%. Utvärderingen har varit mycket positiv och visar på ett stort intresse. Utbildningen kommer att fortlöpa kontinuerligt och är 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 arbetsätt 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 semester så att resurser finns så att delegerade arbetsuppgifter kan utföras.

Kompetenscentrum (KC)

Det länsgemensamma Kompetenscentrumet (KC) 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. Kompetenscentrum 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. Vårdplan, rehabplan och SIP utgår från patientens behov och önskemål.



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 skulle undersköterskor, sjuksköterskor arbetsterapeut, fysioterapeut, MAS samt MAR ingå. Intentionen var att teamet skulle träffas regelbundet för att analysera inkomna avvikelser, reflektera över risker, samt föreslå förbättringsåtgärder. Det har inte varit möjligt att genomföra under 2022, utan man sammankallade teamet vid behov i samband med allvarliga avvikelser. En ny satsning på ett mer regelbundet analysarbete planeras för 2023.

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 blandade resultat med behov av förbättringsåtgärder inom vissa områden.

Område	Resultat	Omfattning	Källa
Inspektion av lyftselar var 6:e månad	100% inspekterade inom tidsram 1:a tillfället 99% vid 2:a tillfället	2 ggr /år	Egenkontroll
Teamsamverkan	2 av 3 områdeschefer har tagit fram handlingsplaner för hur teamsamverkan ska förbättras.	1 g / år	Handlingsplaner
Basala Hygienrutiner	Se bilaga	2 ggr / år	Egenkontroll
Journalgranskning	Se bilaga	1 g/år	Egenkontroll
Apoteksgranskning	Handlingsplan för förbättringsåtgärder	1 g /år	Egenkontroll Apoteket AB

Inspektion av lyftselar

Egenkontroll föregående år visade på blandade resultat, varvid förnyad information delgavs och egenkontrollen utökades till två tillfällen för 2022. Resultatet för 2022 är mycket gott och nästkommande år genomförs en egenkontroll.

Teamsamverkan

Områdeschefer har till uppgift att ta fram handlingsplaner och utvärdera teamsamverkan, och två av tre chefer har redovisat detta. Gemensamma förbättringsområden som påtalats är bland annat arbetet med senior alert och kommunikation. Utvärdering visar på att man ser ett stort värde av teamträffarna och att det brister när inte samtliga professioner finns på plats.

Basala hygienrutiner

Egenkontroll av basala hygienrutiner har genomförts vid två tillfällen under 2022. Resultaten har visat att det finns brister i följsamhet till basala hygienrutiner. Ca 45 % av vård och omsorgspersonalen följer inte alltid gällande rutiner. Det som framkommit i samtal med hygienombuden samt vid observationer är att det förekommer smycken och nagellack hos fler personal. En del byter inte handskar mellan olika vårdmoment, rent/orent utan använder samma handske vid fler moment. Huvuddukar används inte alltid på ett korrekt sätt och fler personal bär långärmad t-shirt under arbetsdräkten, vilket inte är tillåtet.

Journalgranskning

En kollegial journalgranskning har genomförts inom hälso-och sjukvårdens verksamhet. Resultatet visar på vissa brister i följsamhet till gällande dokumentationskrav. I intervju med berörd hälso-och sjukvårdspersonal framkommer att journalsystemet Treserva anses vara svårdokumenterat och icke användarvänligt. Under 2023 hoppas verksamheten kunna uppgradera till en modernare version av Treserva som anses mer användarvänlig.

Apoteksgranskning

Utifrån den handlingsplan som Apoteket AB kom fram till efter apoteksgranskningen i juni har ett antal stickprovskontroller genomfört under december, för att se att förbättringsåtgärder vidtagits. Åtta särskilda boende har granskats av MAS tillsammans med ansvarig sjuksköterska och delegerad personal. De flesta avvikelserna har åtgärdats med det finns fortfarande brister gällande signering och signaturförtydligande samt hantering av vissa läkemedel. Dessa brister behöver åtgärdas så snart som möjligt.

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister som syftar till att få in omvårdnadsfakta och utveckla nya förebyggande arbetssätt inom områdena fallrisker, trycksår, munhälsa och undernäring. Dessa områden är starkt sammanflätade och framför allt individer med komplexa vårdbehov löper risk att utveckla trycksår, undernäring och har ökad fallrisk. Behov av åtgärder ordinerar 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.

Under 2023 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 våren 2022 har en ny version av kvalitetsledningssystemet Stratsys införts, enligt (SOSFS 2011:9). En arbetsgrupp bestående av MAS, MAR, SAS, verksamhetschef HS,

enhetschefer och områdeschefer har genomgått en utbildning i systemet för att öka kunskaperna om systematiskt kvalitetsarbete samt systemets funktioner för ökad systematisk uppföljning. Arbetsgruppen är tillsatt för att driva och implementera det nya kvalitetsledningssystemet.

Under november och december har enhetschefer inom ÄO och OF genomfört en nulägesanalys av sina verksamheter och rapporterat in det i kvalitetsledningssystemet så att patientsäkerhetsmål för 2023 kan beslutas.

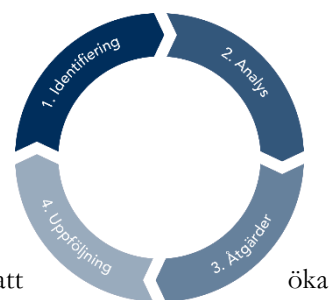
Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Under 2022 har inga allvarliga avvikelser rapporterats och inga anmälningar enligt Lex Maria har gjorts. Många av de avvikelser som rapporterats beskriver bristande samarbete/kommunikation mellan region och kommun i samband med utskrivning av patienter från sjukhuset. Samarbetet mellan region och kommunen kring samordnade vårdplaner behöver analyseras och förbättras.



Två händelser med medicintekniska produkter har anmälts till läkemedelsverket.

Inom kommunens verksamheter handlar de flesta avvikelserna om läkemedelsavvikelser, fall, bristande kommunikation och dokumentation. Antalet läkemedelsavvikelser är under året 1073. 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 2782. 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

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

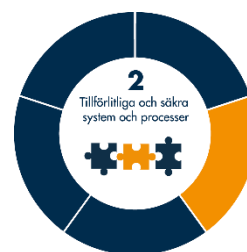
Personer med demenssjukdom, stroke, Parkinsons sjukdom och diabetes typ 2 har generellt högre fallrisk än andra grupper av äldre.

Har vården varit säker?

Område	Resultat	Omfattning	Källa
Fall totalt	2782	1 g/år	Treserva avvikelsemodul
Fall med fraktur	39	1 g/ år	Treserva avvikelsemodul
Fall med sårskada	258	1 g/ år	Treserva avvikelsemodul
Läkemedel totalt	1073	1g/år	Treserva avvikelsemodul
Läkemedel glömt att ge	879	1g/år	Treserva avvikelsemodul
Läkemedel glömt signera	194	1g/år	Treserva avvikelsemodul
Avvikelse från regionen	72	1g/år	STELLA avvikelsemodul
Avvikelse till regionen	53	1g/år	STELLA avvikelsemodul
Synpunkt och klagomål	12	1g/år	Inkommen handling
Patientnämnden	2		Patientnämnd
Medicintekniska produkter	9	1 g/ år	Diarie
Anmälan till Läkemedelsverket	2	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

Svårigheten att rekrytera legitimerad personal har varit påtaglig de senaste åren. Under 2022 har dock sjuksköterskeverksamheten kunna anställa ett antal nya sjuksköterskor vilket har ökat kontinuiteten i verksamheten. Sjuksköterskor från bemanningsföretag finns fortfarande i verksamheten för att täcka graviditetsledigheter men de flesta tjänster är nu tillsatta av ordinarie personal.

Gällande arbetsterapeuter och fysioterapeuter kvarstår svårigheterna med rekrytering framför allt av fysioterapeuter. Detta leder till stor belastning på rehabverksamheten och den personal som är i tjänst. I samband med lagen om trygg och säker vård, har arbetsterapeuter och fysioterapeuter dessutom blivit alltmer låsta vid datorerna för att snabbt kunna svara på meddelanden kring inläggande patienter på sjukhuset. Detta har fått effekten att personer i behov av hemrehabilitering får stå tillbaka.

Nu genomförs en översyn av utskrivningsprocessen, i syfte att hitta möjligheter att frigöra tid för hemrehabilitering samt att involvera omsorgspersonal tidigare inför hemgång.

Nationell handlingsplan för patientsäkerhet

Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet har nu nya krav kommit från Socialstyrelsen. Varje kommun är nu skyldigt att utarbeta en lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Ett första utkast till handlingsplan är klar och arbetet med att öka patientsäkerheten kommer att fortsätta under 2023. Det länsövergripande arbetet gällande patientsäkerhet fortgår och kontinuerliga möten genomförs för att hitta gemensamma strategier som säkerställer patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Riskhantering

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

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

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

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 bevaka 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 allvariga 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 anpassas 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

Vår arbetstid skapar mer värde för dem vi är till för

- Lokal handlingsplan för patientsäkerhet
- Minska antalet fallskador genom att arbeta med vårdprevention
- Minska antalet läkemedelsavvikelser genom att införa digital signering
- Stärka teamsamverkan genom utbildningsinsatser

Mer självständiga medborgare

- Stärka vårdens övergångar genom olika Nära vårdprojekt
- Genom Senior Alert arbeta förebyggande och hälsofrämjande

Genom ett strukturerat patientsäkerhetsarbete och en god säkerhetskultur kan risker för brister och vårdskador minska inom vård och omsorg.

För att höja kvalitén har en lokal handlingsplan för patientsäkerhet utarbetats. Handlingsplanen kommer bli en del av verksamhetens nya kvalitetsledningssystem Stratsys.

Kvalitetsledningssystemet behöver vidareutvecklas och implementeras så att chefer och ledare kan skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur.

Arbetet med vårdprevention behöver också intensifieras, dvs göra riskbedömningar och sätta in individuella åtgärder. Senior alert är ett bra redskap för hela teamet, som behöver användas strukturerat enligt befintlig riktlinje.

Utskrivningsprocessen behöver förfinas och arbete pågår i syfte att hitta möjligheter att frigöra tid för hemrehabilitering. För att underlätta utskrivning från sjukhus behöver omsorgspersonal involveras tidigare inför hemgång.

Egenkontroller

Journalgranskning av 10 journaler

Är patientens delaktighet i vården beskriven? 3 av 8 har svarat ja.

Finns inaktuella vårdplaner öppna? 4 av 8 har svarat ja.

Används vårdplansnamn enligt gällande vårdplanslista? 1 av 8 har svarat ja.

Finns aktuell diagnos beskriven? 5 av 8 har svarat ja.

Finns anamnes beskriven? 5 av 8 har svarat ja.

Finns notering om patientansvarig läkare? 4 av 8 har svarat ja.

Finns notering om samtycke i samtyckesmodulen? 6 av 8 har svarat ja.

Finns notering om anhörig vill bli uppringd nattetid? 2 av 8 har svarat ja.

Finns notering om vilken anhörig som ska kontaktas i första hand? 4 av 8 har svarat ja.

Är målet med vården tydligt formulerat? 5 av 8 har svarat ja.

Hygien Hälso- och sjukvårdsenheten

100 % tvättar arbetskläder i 60 grader.

93 % byter arbetskläder dagligen.

90 % har kort eller uppsatt hår.

88 % har händerna fria från nagellack och smycken.

100 % använder handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor.

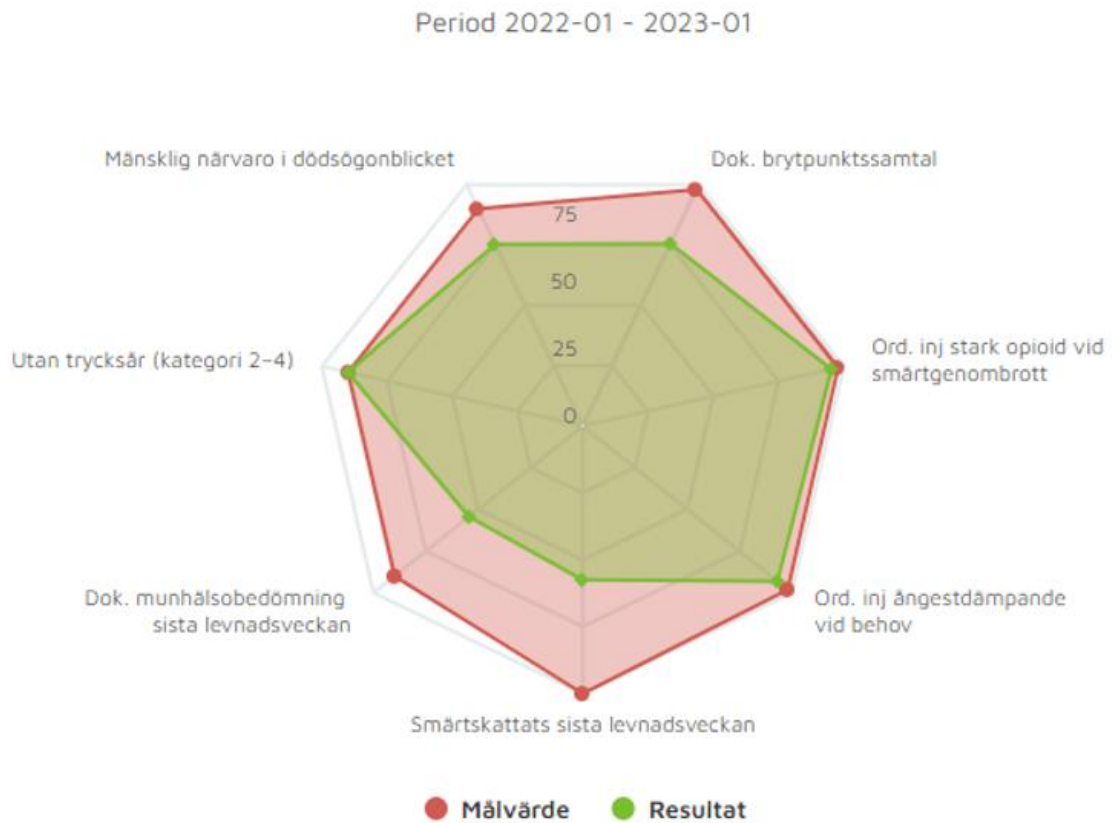
85 % använder plastförkläde vid nära vård.

90 % använder kortärmade arbetskläder.

66 % spritar händer före vårdmoment.

100 % spritar händer efter vårdmoment.

Palliativa registret Västerviks kommun



Kvalitetsindikatorn **Mänsklig närvaro i dödsögonblicket** med målvärdet 90 % har resultat 75,3 %.

Kvalitetsindikatorn **Dokumenterat brytpunktssamtal** med målvärdet 98 % har resultat 75,6 %.

Kvalitetsindikatorn **Ordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott** med målvärdet 98 % har resultat 95,3 %.

Kvalitetsindikatorn **Ordination injektion ångestdämpande vid behov** med målvärdet 98 % har resultat 93,1 %.

Kvalitetsindikatorn **Smärtskattats sista levnadsveckan** med målvärdet 100 % har resultat 57,5 %.

Kvalitetsindikatorn **Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan** med målvärdet 90 % har resultat 54,4 %.

Kvalitetsindikatorn **Utan trycksår** med målvärde 90 % har resultat 90 %.