



Vimmerby kommun

*Socialförvaltningen*

# Patientsäkerhetsberättelse för Vimmerby kommun År 2023



Datum 2024-02-12

Ansvarig för innehållet: Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Albin Ydrefelt

Diarienummer: 2024/81

# Inledning

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9, 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

# Innehåll

## SAMMANFATTNING

### GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Organisation och ansvar

Samverkan för att förebygga vårdskador

Informationssäkerhet

En god säkerhetskultur

Adekvat kunskap och kompetens

Patienten som medskapare

### AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tillförlitliga och säkra system och processer

Säker vård här och nu

Riskhantering

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse

Klagomål och synpunkter

Öka riskmedvetenhet och beredskap

### MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## SAMMANFATTNING

(Kort sammanfattning av året som gått, till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.)

Den pågående COVID-19 pandemin har påverkat patientsäkerhetsarbetet även under 2023. För även om samhället i stort har återgått till ett normalläge så har rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Region Kalmars vårdhygieniska enhet fortsatt att påverka såväl äldreomsorg, hälso- och sjukvård samt funktionshinderomsorgen. Detta har varit tydligt framför allt i början av 2023.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hanteringen av avvikelser och där har arbetet med att utveckla det nya avvikelssystemet fortsatt under året i form av en arbetsgrupp där MAS, kvalitetssamordnare, ehälsosamordnare samt representanter från enhetschefgruppen och legitimerade medarbetare medverkat.

En viktig del i samverkan med Region Kalmar är utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården. Under 2023 har arbetet med trygg hemgång fortsatt där det tvärprofessionella hemtagningsteamet har en viktig roll. Samverkan med sjukhuset i Västervik har genomförts i digital form under 2023. Under hösten så påverkades arbetet med trygg hemgång av att korttidsenheten hade platsbrist, anledningen till detta var framför allt en brist på demensplatser inom vård och omsorgsboende.

Under första halvan av 2023 har utvecklingsarbetet fokuserat på fortsatt arbete med patientsäkerhetsverktyget. Under andra halvan av 2023 så planerade och utförde MAS tillsammans med verksamhetschef för hälso och sjukvård en utbildning i patientsäkerhet för verksamhetschefer, enhetschefer och legitimerade medarbetare.

Under 2023 har hälso- och sjukvården implementerat ett nytt verksamhetssystem, vilket har tagit mycket tid i anspråk. I slutet av 2023 anslöts kommunen till utökad behörighet i Region Kalmars journalsystem Cosmic.

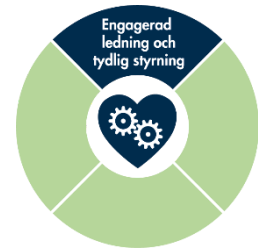
Under 2024 kommer patientsäkerhetsarbetet fortsätta att fokusera på att stärka organisationens säkerhetskultur och samtidigt med detta arbete så behöver övriga insatser för att stärka kvalitén för våra patienter att fortsätta som tidigare.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

### Socialnämndens mål för 2023

- Ekonomi - En ekonomi i balans.
- Brukare/invånare - Brukare och patienter ska vara nöjda med de insatser som ges.
- Verksamhet och medarbetare - Verksamheten ska ha medarbetare med god kompetens att utföra sitt uppdrag.
- Utveckling - Invånare och brukare ska ges möjlighet till trygghet, säkerhet och självständighet genom att det finns verksamhet som motsvarar behov.

Socialnämndens mål bryts ner i mål för respektive verksamhetsområde samt på enhetsnivå.

### Patientsäkerhetsplan för 2023

Socialnämndens mål och resultat från patientsäkerhetsberättelse 2022 ligger till grund för uppsatta mål i patientsäkerhetsplan 2023.

Patientsäkerhetsplanen innehåller mätbara mål (möjliga att följa över tid) och beskriver hur uppföljning ska ske.

Kommunal hälso- och sjukvård i Vimmerby kommun, samt angränsande vård och omsorg omfattas av patientsäkerhetsplan 2023.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har sammanställt patientsäkerhetsplan 2023.

### ***Kvalitet och patientsäkerhetskultur - En god och säker vård***

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Stärka organisationens säkerhetskultur
- Förbättrad kunskap om avvikelshantering

### ***Delaktighet och information till patienten***

- Alla patienter tillfrågas om samtycke till att delta i sammanhållen journal och att samtycket (ja eller nej) finns dokumenterat
- Alla patienter tillfrågas om samtycke, till att uppgifter som omfattas av sekretess får lämnas ut

### ***Preventivt och förebyggande arbetssätt***

- minska antal fall
- minska förekomst av trycksår i grad 2-4
- minska förekomst av undernäring
- förbättra munhälsa
- nattfasta understiger 11 timmar i vård och omsorgsboende för äldre

### ***God vård i livets slut***

- Minst 70 % av dödsfallen ska registreras i Svenska Palliativregistret
- Brytpunktssamtal ska ha genomförts av läkare inför minst 98 % av dödsfall som sker (sjuksköterska ansvarar för att aktualisera, planera och förbereda)
- Under sista veckan i livet ska 100 % av patienterna erhållit smärtskattning med validerat instrument
- Minst 90 % av patienterna ska ha fått munhälsan bedömd under sista veckan i livet
- Minst 98 % av patienterna ska ha fått ordinerat injektionsläkemedel vid behov mot smärta och ångest under sista veckan i livet
- 100 % av de palliativa patienter ska ha en fast vårdkontakt i kommunen

### ***Habilitering och rehabilitering***

- Medarbetare i vård och omsorg utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt i omsorgen/omvårdnaden om den enskilde
- *Användning och skötsel av hjälpmedel (medicintekniska produkter) sker enligt instruktion/bruksanvisning*

- *Ordinerad träning, behandling (hälso- och sjukvårdsinsats) utförs enligt ordination/instruktion från sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut*

### **Läkemedel**

- Patienter med kommunal hälso- och sjukvård (inklusive hemsjukvård) erhåller en god och säker läkemedelsbehandling.
  - vid inskrivning i hemsjukvård
  - vid inflyttning/byte till annan boendeform t.ex. vård och omsorgsboende

### **Vårdhygien**

- 100 % följsamhet till riktlinjer och rutiner om basala hygienrutiner och klädregler
- Utbrott av samhällsförvärvade infektioner begränsas och smittspridning förhindras

### **God vård vid demens**

- Nationella och regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska ligga till grund vid kontakt med personer med misstanke om eller diagnostiserad demenssjukdom
- Registreringarna i BPSD skall öka

### **Dokumentation**

- Dokumentation av hälso- och sjukvård sker enligt krav i lag och följer vårdgivarens riktlinjer, regler och rutin för dokumentation.
- Alla patienter, där hemsjukvården har övertagit läkemedelsansvaret, ska ha vårdplan för samtliga insatser.
- Säkerställa informationsflödet mellan SOL och HSL

### **Trygghet och säkerhet genom sammanhållen vård och omsorg**

- Öka antalet samordnade individuella planer - SIP

## Organisation och ansvar

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

### **Socialnämnd**

Socialnämnden i Vimmerby kommun är vårdgivare och ytterst ansvarig för att planera, leda och kontrollera verksamheten samt vidta åtgärder för att förebygga vårdskada.

Socialnämndens styrdokument Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vägledande för patientsäkerheten.

### **Förvaltningschef**

Förvaltningschef är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. Till stöd har förvaltningschefen en ledningsgrupp där förvaltningschef, verksamhetschefer för respektive verksamhetsområde, verksamhetschefer HSL, controller/stf förvaltningschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt kvalitetssamordnare deltar.

### **Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientdatalagen. Verksamhetschefen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsverksamheten organiseras på ett sådant sätt så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska – MAS**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar, en så kallad medicinskt ansvarig sjuksköterska. I en kommun kan det även förekomma medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAS i Vimmerby kommun har även det medicinska ansvaret för rehabilitering.



Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett särskilt ansvar för att;

- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna,
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
  - läkemedelshantering
  - rapportering av händelser/avvikelser
  - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det

### **Enhetschef för respektive verksamheter**

Brukare som bor eller vistas i respektive verksamhet har beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskild service (LSS). Enhetschef har ett helhetsansvar för dem som bor eller vistas i respektive verksamhet.

Där det bedrivs hälso- och sjukvård har också enhetschefen ansvar att den hälso- och sjukvård som bedrivs är patientsäker. Patientsäkerheten säkerställs genom samverkan i tvärprofessionella team.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar gentemot patienten med krav på att arbetet ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att var och en bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska bidra till hög patientsäkerhet. Det innebär också ansvar för underlåtenhet att fullgöra en uppgift.

Vård- och omsorgspersonal som fått delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften och har samma personliga yrkesansvar som ovan.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker i många olika forum, både externt och internt, som bidrar till såväl utbyte av erfarenhet som spridning av viktig information.

Vad det gäller lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården så har detta skapat flera olika forum för samverkan med syftet att säkerställa patientsäkerhet vid olika övergångar inom vården.

### Samverkan under 2023

Extern samverkan	Omfattning	Källa
<b>Kommuner och region Kalmar i samverkan i länet</b>		
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)  Samordnade äldregruppen	6 ggr under 2023  1 digitala forum  5 fysiska forum	Regionalt styrdokument 2023-2024  Handlingsplaner 2023-2024
<b>Samverkan med Region Kalmar län</b>		
Samverkan med Västerviks sjukhus, primärvård samt norra länets kommuner	4 gånger per år  4 digitala forum	Praktiska anvisningar: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun  Mötesanteckning
Analysgrupp samverkan utskrivningsklara patienter från slutenvård	4 gånger  4 digitala forum	Avvikelsestystem STELLA i Cosmic, Cosmic Link  Mötesanteckningar

Lokal samverkan med Hälsocentralen Vimmerby	digitalt forum varannan vecka jan-juni  fysiskt forum en gång per månad, aug-dec	Egen mötesanteckning
Samverkan med fast vårdkontakt, Hälsocentralen, Hemtagningsteam i Vimmerby och vårdsamordnare Västerviks sjukhus	Digitala avstämningar 3 ggr per vecka	Praktiska anvisningar: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Läns grupp habilitering/rehabilitering	6 gånger under 2023  4 Digitala forum  2 fysiskt forum	Praktiska anvisningar habilitering/rehabilitering  Mötesanteckning
Beredningsgrupp - Länsgrupp hab/rehab	3 gånger under 2023  3 digitala forum	Mötesanteckning
Lokal samverkansgrupp hab/rehab Norr	3 gånger under 2023  2 digitala forum  1 fysiskt forum	Mötesanteckning
Lokal habiliteringsgrupp tillsammans med Regionens habilitering i Vimmerby	Inga möten under 2023  (Inga aktuella "övergångar" det året)	Egen mötesanteckning
Patientnämnd vid MAS/MAR/VC nätverk	1 gång per år samt vid behov	Mötesanteckning
Samordnad individuell plan (SIP)	Individuellt vid behov hos enskild	Praktiska anvisningar: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun

Samverkan MAS/MAR/VC tillsammans med regionen	2 gånger under 2023 Digitalt forum	Minnesanteckningar
Läkemedelskommitté	Regelbunden information	Behandlings- och läkemedelsrekommendationer
Samverkan vid avvikelser mellan kommun – region Kalmar	Regelbunden hantering via avvikelsemodul	Avvikelsemodul STELLA
<b>12 kommuners samverkan i länet</b>		
Kommunernas hjälpmedelssamverkan (KHS)	7 gånger per år 1 Digitalt 6 fysiskt	Mötesanteckningar
Nätverk Socialchef	11 gånger per år Digitalt/fysiskt	Mötesanteckningar
Nätverk Socialnämndsordförande	2 gånger under 2023 i samband med nätverk socialchef	Mötesanteckningar
<b>Intern samverkan</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Ledningsgrupp, såväl den centrala som verksamheternas, har träffats en gång per vecka.		

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

Socialförvaltningen använder digitala verksamhetssystem vilket kräver informationssäkerhet. Det innebär bl.a. att säkra obehörig åtkomst till sekretessbelagda uppgifter. Riktlinje finns för hur förvaltningen ska göra systematiska och återkommande kontroller av hur ofta loggning av journaler ska ske. Under 2023 har loggning av slumpvis utvalda journaler skett.

### **Behörighet**

En del i informationssäkerhet är tilldelning av behörigheter. Behörigheterna kan begränsa åtkomst till information i verksamhetssystemet. Tilldelning av behörigheter sker av den chef som har ansvar för personalen som ska tilldelas behörigheten.

### **Tjänste ID kort - SITHS kort**

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS kort vid inloggning i kommunens verksamhetssystem (hälso- och sjukvårdsjournal), vårdsystemen Pascal, Cosmic Link, Nationell patientöversikt (NPÖ) utfärdande av tandvårdskort samt vid inloggning i kvalitetssystem. SITHS kort utfärdas efter att behörighetsbedömning genomförts.

## En god säkerhetskultur

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



Under första halvan av 2023 har arbetet med säkerhetskulturen fortsatt med hjälp av patientsäkerhetsverktyget från SKR, där prioriterade insatser från nulägesanalysen har formulerats i samverkan mellan framför allt enhetschefer och legitimerade medarbetare.

Under andra halvan av 2023 har det genomförts en utbildning i patientsäkerhet för verksamhetschefer, enhetschefer och legitimerade medarbetare. Utbildningen var baserad på socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet, men anpassad för organisationens särskilda förutsättningar. Ansvariga för utbildningen var MAS tillsammans med verksamhetschef HSL.

Såväl enhetschefer som legitimerade medarbetare har återkopplat att ovanstående insatser har skapat tid för såväl lärande som reflektion samt förutsättningar för ett bättre samarbete mellan enhetschefer och legitimerade medarbetare.

(Beskriv **hur** ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs. Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

## 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. )

I syfte i att stärka personalens kompetens inom den kommunala hälso och sjukvården så har det genomförts olika insatser under 2023 som både syftar till att stärka personalens kompetens, men också för att säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls under perioder där stor andel av den ordinarie personalen inte är i tjänst. Här följer en sammanställning av de insatser som är genomförda;



### Introduktionsutbildning till semestervikarier

För att säkerställa att patientsäkerheten bibehålls under semesterperioden sker det en introduktionsutbildning till alla semestervikarier. Denna utbildning sker på arbetsplatsen med hjälp av särskilt utbildade handledare som genomför och planerar utbildningen i samråd med respektive enhetschef. Även andra vikarier genomgår samma utbildning.

## Delegeringsutbildning

En annan viktig del i att säkerställa patientsäkerheten är att den personal som skall utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation har adekvat kompetens för detta uppdrag. För att säkerställa denna kompetens behöver all personal innan de får sin delegering genomgå en utbildning och ett kunskapstest. Därefter bedömer legitimerad personal om delegering kan utfärdas till personal som inte har formell kompetens (legitimation) men har det man kallar reell kompetens efter utbildning och erfarenhet.

## Utbildning i förflyttning/ergonomi, bemötande och självskydd

Under 2023 har det genomförts utbildningar i förflyttning/ergonomi, bemötande och självskydd enligt nedanstående sammanställning;

<b>Utbildningar</b>	<b>Tillfällen</b>	<b>Timmar</b>	<b>Antal personal</b>
Introduktion semestervikarier	12 tillfällen x 3 h	36 h	56 st
Repetition/ uppfräschning ergonomi/bemötande/ självskydd, medarbetare som bytt tjänst mellan VoH, VoB och LSS	6 x4 h	24 h	29
Grundutbildning på 3 dagar Ergonomi/ bemötande/ självskydd	6 dagar x 7,5 h	45 h	18
Personcentrerad Ergonomi /förflyttningskunskap	4 x 3,5 h 1x 2.25 h	14 h 2,25 h	34 5
Intern utb rehabpersonal	1x 3 h 1x 6 h 1x 3 h	12 h	7 12 14
Bemötande /självskydd	1x 1,5 h 3x 3 h	10,5 h	28
Förstärkt intro på enskild enhet	1x5 h	5 h	11
Grund hemtj grupp	2x 8,5 h	17 h	12

Personcentrerad bemötande /självskydd	3 x 4 h	12 h	18
Utbildning Raizer	1 h 0,5 h	1,5 h	18
<b>Summa:</b>	<b>43 tillfällen</b>	<b>179,25 h</b>	<b>262 st</b>

### Utbildningar i hygien

Under 2023 har olika utbildningsinsatser utifrån hygien utförts, både vid träffar med hygienombud, men även ute i verksamheterna där hygienombuden varit ansvariga.

### Utbildningar i demens

Under 2023 har det genomförts flera olika utbildningar inom demens;

<b>Utbildningar</b>	<b>Antal deltagare</b>	<b>Verksamhet</b>
Stjärnmärkning steg 3	12 st	Borghaga A
Stjärnmärkning steg 1	12 st	Vimmerby D
Stjärnmärkning steg 4	9 st	Borghaga A
Stjärnmärkning steg 2	13 st	Vimmerby D
Stjärnmärkning steg 3	12 st	Vimmerby D
Stjärnmärkning steg 4	12 st	Vimmerby D
Allmän demensutbildning	8 st	Konvaljen, Vidala
Allmän demensutbildning	7 st	Borghaga E
Utbildning semestervikarier	25 st	
Stjärnmärkning steg 1	8 st	redan stjärnmärkta enheter
Stjärnmärkning steg 2	5 st	redan stjärnmärkta enheter
Stjärnmärkning steg 3	9 st	redan stjärnmärkta enheter



Stjärnmärkning steg 4	6 st	redan stjärnmärkta enheter
Föreläsning för elever	10 st	omvårdnadsprogrammet på lärcenter
Allmän demensutbildning	15 st	Gårdsstigens gruppbostad
Allmän demensutbildning	8 st	Kvillgården
Utbildning för en specifik brukare	15 st	Borghaga
<b>Summa</b>	<b>186 st</b>	

Till detta tillkommer utbildningar inom kvalitetsregistret BPSD;

4 utbildningar av administratörer inom BPSD på 2.5 dagar. Totalt 27 deltagare (fördelat på 7 undersköterskor, 4 vårdbiträden, 8 sjuksköterskor, 3 arbetsterapeuter, 1 fysioterapeut och 4 enhetschefer.)

En sjuksköterska har dessutom gått utbildning till certifierad utbildare (4 dagars utbildning)

#### Utbildningar inom palliativ vård

Utbildning i allmän palliativ omvårdnad steg 2 för totalt 31 VILS (Vård i Livets slut) -ombud, 2 sjuksköterskor, 1 arbetsterapeut och 2 enhetschefer

#### Utbildningar i munvård

<b>Utbildningar</b>	<b>Tillfällen</b>	<b>Antal personal</b>
ROAG (munvårdsbedömning)	2 st á 1 timme	30
Utbildning för munvårdsombud	2 st á 1,5 timmar 2 st á 1 timme	6 16
Munvård i livets slutskede	20 st á 1 timme	145
Munvård vid olika tillstånd och diagnoser (LSS)	3 st á 1 timme	26 st
<b>SUMMA</b>	<b>29 tillfällen</b>	<b>223 st</b>

## Utbildningar för legitimerad personal

- Inkontinensutbildning
- ROAG - munvård
- Diabetesutbildning från diabetesmottagningen på Västerviks sjukhus
- Föreläsning ALS från Palliativa rådgivningsteamet
- Dialys - från Dialysmottagningen på Västerviks sjukhus
- intern förflyttningutbildning för medarbetare inom rehab
- spilerdug-visning för medarbetare inom rehab
- föreläsning strokerehab för medarbetare inom rehab
- kognitiv rehabilitering 4-dagars för medarbetare inom rehab

(Beskriv **hur** yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Beskriv **hur** säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.)

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att lämna synpunkter och klagomål, antingen till vårdgivaren direkt eller till patientnämnden.

Det finns även brukarsamverkan på länsnivå. Där är brukarföreträdare med i alla möten som Läns gemensam ledning har och detta är något som är unikt i ett nationellt perspektiv.

Ge exempel på **hur** patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

Patienter görs delaktiga i den egna vården genom exempelvis SIP (samordnad individuell planering). En Samordnad Individuell Plan (SIP) ska göras när den enskilde har behov av samordning av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I de praktiska anvisningarna för SIP från läns gemensam ledning så står det att "ledstjärnan är att skapa goda förutsättningar för den enskildes insatser och Gemensamt verka för att ansvarsgränserna mellan huvudmännen hanteras smidigt. Den enskildes och närståendes delaktighet är en förutsättning."

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

### Resultat av egenkontroll

I tabell nedan anges vilka egenkontroller som genomförts under 2023.

Typ av egenkontroll	Strategi/er	Åtgärd
<b>Hygien</b>		
BHR-K Basala hygienrutiner -klädregler	Patientsäkerhet	Rutiner följs
Observationsstudie av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Patientsäkerhet	Rutiner följs
<b>Avvikelser</b>		
Medicintekniska produkter	Patientsäkerhet	Rutiner följs
Läkemedel	Patientsäkerhet	Rutiner följs
Fall	Patientsäkerhet	Rutiner följs
Rehab	Patientsäkerhet	Rutiner följs
<b>Kvalitet avtal/register</b>		
Senior Alert	Patientsäkerhet	Register kontroll
BPSD	Patientsäkerhet	Register kontroll

Palliativa registret	Patientsäkerhet	Register kontroll
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - extern	Patientsäkerhet	Paus under 2023
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering - intern	Patientsäkerhet	Rutiner följs
Årlig läkemedelsgenomgång (läkare)	Patientsäkerhet	Praktiska anvisningar
Patientnämnd	Patientsäkerhet	Avtal följs
Klagomål och synpunkter	Patientsäkerhet	Rutiner följs
STELLA avvikelser	Patientsäkerhet	Rutiner följs

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året. Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

## Hygien

### **Mål:**

- 100 % följsamhet till föreskrift om basala hygienrutiner.
- Utbrott av samhällsförvärvade infektioner begränsas och smittspridning förhindras.

**Resultat:** Under 2023 har följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädreglerna mätts via observationsstudier vid två tillfällen; dels genom deltagande i den nationella PPM<sup>1</sup>-mätningen under våren och dels genom en intern observationsstudie under hösten;

---

<sup>1</sup> PunktPrevalensMätning

### Resultat nationell PPM-mätning våren 2023

Steg	Median (nationellt)	Resultat Vimmerby
Desinfektion händerna före	75,7 %	71,6 %
Desinfektion händerna efter	91,8 %	92,5 %
Handskar	91,7%	97 %
Förkläde	86,7 %	86,6 %
Arbetsdräkt	96,6 %	88,1 %
Ringar, klockor, armband	95,3%	89,6 %
Hår	98,3%	97 %
Naglar	96,7%	91 %

### Resultat intern mätning december 2023 (siffror från PPM-mätning som jämförelse)

Steg	Median (nationellt)	Resultat Vimmerby	Resultat dec-23
Desinfektion händerna före	75,7 %	71,6 %	57,1% (- 14,5%)
Desinfektion händerna efter	91,8 %	92,5 %	78,6% (- 13,9%)
Handskar	91,7%	97 %	88,1% (- 8,9%)
Förkläde	86,7 %	86,6 %	45,2% (- 41,4%)
Arbetsdräkt	96,6 %	88,1 %	85,7% (- 2,4%)
Ringar, klockor, armband	95,3%	89,6 %	92,9% (+ 3,3%)
Hår	98,3%	97 %	97,6% (+ 0,6%)
Naglar	96,7%	91 %	88,1% (- 3,8%)

Resultatet visar på att det under året har skett försämringar i följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Framför allt användningen av engångsförkläde sticker ut på ett negativt sätt.

Hygienombuden i verksamheterna spelade en stor roll i att skapa en kultur där medarbetarna påminner varandra om att följa de basala hygienrutinerna, men då det inte finns några arbetsrättsliga konsekvenser för att inte följa de basala hygienrutinerna och klädreglerna är det svårt att förändra felaktiga beteenden.

Introduktionsutbildningen för nya medarbetare och studenter innehöll information om basala hygienrutiner.

**Analys:** Det är tydligt att mer insatser behövs för att förbättra följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädregler.

Vad det gäller målet om att utbrott av samhällsförvärvade infektioner begränsas och smittspridning förhindras så är detta uppnått då inga större utbrott har rapporterats under året.

**Uppföljning:** Fortsatt arbete tillsammans med hygiengrupp och hygienombud för att nå målet om 100% följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Då SKR har avslutat den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler planeras det för två interna mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

## Läkemedel

### **Mål:**

Patienter med kommunal hälso- och sjukvård (inklusive hemsjukvård) erhåller en god och säker läkemedelsbehandling.

### **Resultat:**

#### **Intern och extern kvalitetsgranskning läkemedel**

Intern kvalitetsgranskning genomfördes av MAS samt enhetschef för hemsjukvården i oktober 2023. Granskningen utfördes fysiskt och omfattade enheter inom dels verksamhetsområde Vård och Omsorg i hemmet och dels Vård och Omsorgsboende; Hemtjänstområde Rumskulla och en enhet på vård och omsorgsboendet Vidala

Den extern kvalitetsgranskningen utblev 2023 som ett led i att se över kostnader och för att öka den interna kompetensen inom läkemedelsgranskning.

Resultatet visade på en mycket god kvalitet i läkemedelshanteringen och det var första gången som ett hemtjänstområde granskades, endast ett fåtal mindre brister framkom. Dessa brister planeras att åtgärdas under första halvåret 2024.

**Analys:** Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen visar på att patienter med kommunal hälso- och sjukvård erhåller god och säker läkemedelsbehandling.

**Utvärdering:** Uppföljning under första halvan av 2024.

För att få följsamhet till lagstiftning kommer den externa granskningen återkomma under hösten 2024 tillsammans med en intern granskning.

### Förebyggande arbete

#### **Mål:**

- Minska antal fall
- Minska förekomst av trycksår i grad 2-4
- Minska förekomst av undernäring
- Förbättra munhälsa
- Nattfasta understiger 11 timmar i särskilt boende för äldre

**Resultat:** Riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och bedömning av munhälsa sker i kvalitetsregistret Senior Alert. Bedömningarna ska ske tvärprofessionellt i team, där Senior Alert är ett verktyg att göra riskbedömningar. Nedan anges resultat för andelen registrerade riskbedömningar inom samtliga enheter som använder verktyget.

År	2021	2022	2023
Andel unika personer	103	124	146

Riskbedömningarna i Senior Alert har ökat jämfört med 2022.

Kontinuerliga riskbedömningar och uppföljningar av fall, undernäring och munhälsa sker med hjälp av Senior Alert på de enheter där verktyget används. Utfallet ses i nedanstående tabell.

År	2021	2022	2023
Trycksår	20	15	19
BMI <22	56	54	64
Fall	113	94	74
Munhälsa grad 2	17	29	35

Vad det gäller arbetet med att nattfastan skall understiga 11 timmar på vård och omsorgsboende så ingår detta i Senior Alert;

### Undernäring - Vimmerby kommun

64 personer hade ett BMI<22

50 personer hade ofrivillig viktminskning

#### Bakomliggande orsaker

56	Mer än 11 timmars nattfasta
47	Bakomliggande sjukdom
26	Avvikande ätbeteende
18	Nedsatt mun- och tandstatus. Tuggsvårigheter.
16	Funktionella svårigheter att äta
12	Mag-tarmrelaterade besvär
10	Svårigheter att svälja
4	Läkemedelsbehandling
3	Ökat energibehov
1	Medicinsk behandling
-	Kulturella och sociala faktorer

#### Planerade åtgärder (A) Utförda åtgärder (B)

A	B	
74	41	Vägning minst 1 gång var tredje månad
58	28	Uppmuntran och påstötning
58	27	Minska nattfastan till max 11 timmar
44	33	Läkemedelsgenomgång
39	19	Berikad kost
27	17	Assistans vid munvård
18	10	Matning
17	9	Konsistensanpassad kost
17	9	Kosttillägg
11	6	Individuellt anpassad kost
9	7	Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation
8	4	Vägning 1 gång per vecka
3	1	Hjälpmiddelsförskrivning
1	1	Träning i munvård
1	2	Information/undervisning om kostfrågor

Det finns alltså ett arbete med att minska nattfastan om den överstiger 11 timmar, men det är tydligt att det finns förbättringspotential i uppföljningen av detta arbete.

**Analys:** Resultatet för 2023 visar på att antalet registreringar har ökat och vad gäller riskbedömningarna så är det ökningarna inom alla områden utom fall.

Under 2023 har en medarbetare med stor erfarenhet av arbete i Senior Alert haft uppdrag att utbilda och stötta senior alert ombuden. Totalt har 16 medarbetare utbildats i sin roll som senior alert ombud under 2023. Den generella bilden är att arbetet i team ute på enheterna har stärkts, något som kan ses i ovanstående statistik.



**Åtgärd:** Fortsatt arbete med att stärka såväl teamarbete som senior alert ombuden.

**Uppföljning:** Fortsätta att följa utvecklingen av andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert på årsbasis.

### Palliativ vård

#### **God vård vid livets slut**

Oavsett sjukdom ska alla som dör i en av sjukvården väntad död kunna känna trygghet och veta att närstående är informerade om situationen.

*Svenska palliativregistret* är ett nationellt kvalitetsregister. Där beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa, besvarar frågor. Kommunens sjuksköterskor registrerar i palliativregistret utifrån dialog med vård och omsorgspersonal och uppgifter som hämtas från journal.

**Mål:** Förbättring med årlig ökning av indikatorerna, brytpunktssamtal (läkare), smärtskattning och munhälsobedömning för palliativ vård i livets slutskede.

**Resultat:** mätning av indikatorerna från palliativa registret ses i nedanstående tabell, föregående år är med som jämförelse.

<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Målvärde</b>	<b>Resultat 2022</b>	<b>Resultat 2023</b>
Dok. brytpunktssamtal	98%	92,6%	90,2%
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98%	98,5%	97,6%
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98%	98,5%	97,6%
Smärtskattats sista levnadsvecka	100%	82,4%	78%
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90%	47,1%	36,6%
Utan trycksår (kategori 2–4)	90%	88,2%	89%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	88,2%	93,9%

**Analys:** Jämfört med 2022 så är det många kvalitetsindikatorer som har minskat i förhållande till målnivåer. Framför allt är det smärtskattning sista levnadsveckan och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan som sticker ut. Bedömningen är att det är svårt att analysera orsakerna till detta. Trots en stor utbildningsinsats inom munvård i livets slut så ser vi fortsatta problem inom denna del. En teori är att det handlar om svårigheter att hitta relevant information i dokumentationen vid registreringen av dödsfallsenkäten.

**Åtgärd:** Analysera bakomliggande orsaker till resultaten i palliativa registret.

**Uppföljning:** Fortsätter att följa kvalitetsindikatorer årligen.

### God vård vid demenssjukdom

För att minska risken för att utveckla svåra symtom i en demenssjukdom är förebyggande åtgärder viktiga. En del i detta kan vara att tidigt upptäcka beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Vid BPSD behövs förutom ett gott bemötande och en god omsorg en tydlig struktur i den personcentrerade omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret är ett kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

#### **Mål:**

- Registreringen i BPSD ska öka jämfört med föregående år.
- Nationella och regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska ligga till grund vid kontakt med personer med misstanke om eller diagnostiserad demenssjukdom.

**Resultat:** Utdrag ur BPSD-register dels vad gäller antalet registreringar generellt och dels registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL) deltagit i hela processen vid BPSD-registreringen ses nedan (Observation av symtomen, analys av bakomliggande orsaker, varit med att ta fram åtgärder). Värt att notera här är att multiprofessionella team är något som Socialstyrelsen ser som en framgångsfaktor i vården av patienter med demenssjukdom.

År	2021	2022	2023
Antal registreringar	137	107	92
Antal registreringar i team	75	73	68

År	2021	2022	2023
Undersköterska	98% (126)	100% (107)	97% (90)
Sjuksköterska	55% (71)	62% (67)	71% (66)
Fysioterapeut	0% (0)	0% (1)	1% (1)
Arbetsterapeut	0% (0)	5% (6)	1% (1)

**Analys:** Antalet registreringar generellt har fortsatt att minska. Anledningen till detta bedöms vara relaterade till framför allt personalomsättning.

Under 2023 har en legitimerad medarbetare från hemsjukvården utbildat sig till certifierad utbildare inom BPSD och tillsammans med den medarbetare inom rehab som redan är certifierad utbildare har de arbetat engagerat med dels att utbilda nya administratörer ute i verksamheterna och dels med att stötta BPSD-arbetet ute i verksamheterna.

**Åtgärd:** Under 2024 kommer de certifierade utbildarna fortsätta sitt arbete inom BPSD. Arbetet med att skapa ett särskilt demensteam i förvaltningen pågår också.

**Utvärdering:** Avstämningar mellan MAS och de certifierade utbildarna planeras under året och även att fortsatt följa antalet registreringar i BPSD-registret årligen.

### Sammanhållen vård och omsorg

När sköra äldre har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare samtidigt måste personal från hemsjukvård, äldreomsorg, öppenvård och sjukhus samverka så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv. I detta arbete är samordnad individuell plan SIP en viktig del. Vidare behöver teamarbete mellan kommun, primärvård och den öppna specialiserade vården utvecklas så att den äldre kan få tillgång till avancerad vård i eget och särskilt boende på ett säkert sätt.

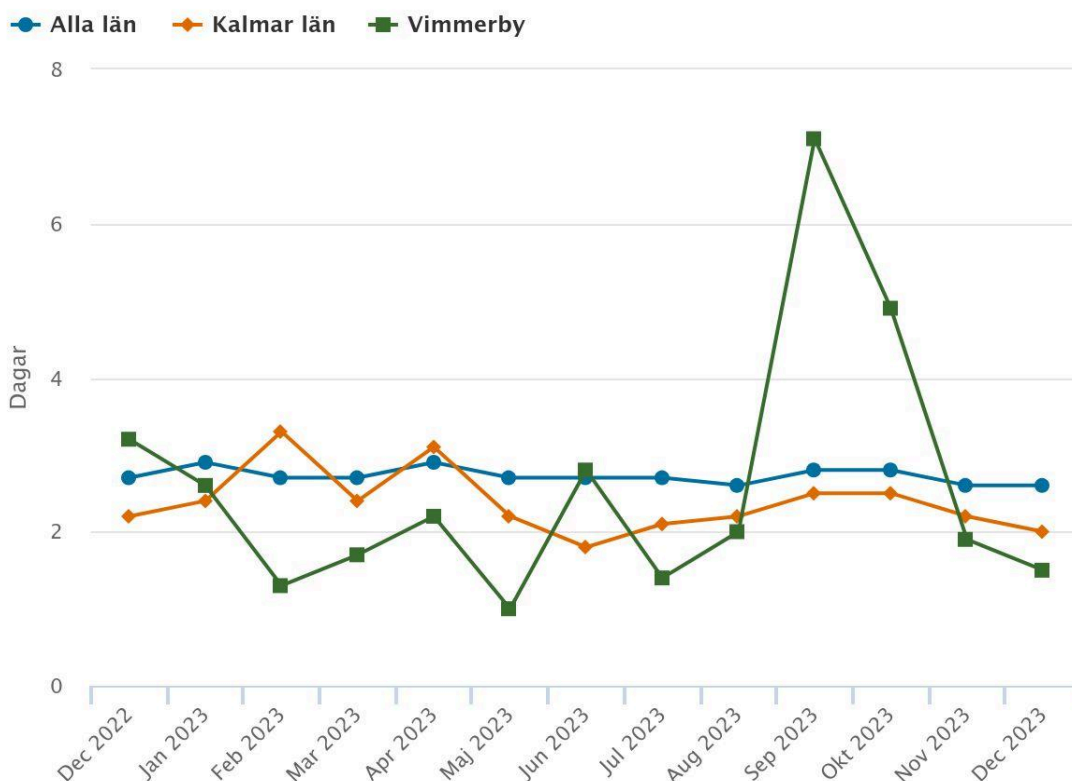
### **Resultat:**

I tabellen nedan ses statistik utifrån antal medelvårdtid som utskrivningsklar. Riket och Kalmar Län är med som jämförelse.

År	2021	2022	2023
Riket	2,7 dagar	2,6 dagar	2,6 dagar
Kalmar Län	2,3 dagar	2,8 dagar	2 dagar
Vimmerby	1,5 dagar	1,5 dagar	1,5 dagar

Samverkan mellan vårdgivare är av betydelse för sammanhållen vård och omsorg. Här sker det samverkan med fast vårdkontakt på hälsocentralen, hemtagningsteamet i Vimmerby kommun och vårdsamordnare Västerviks sjukhus har avstämningar 3 gånger per vecka. En annan del av samverkan är samverkan med slutenvården i form av sjukhuset i Västervik, där är MAS med som vårdgivarens representant tillsammans med verksamhetschef för HSL.

**Analys:** Vimmerby har fortsatt låg medelvårdstid utifrån ett såväl regionalt som nationellt perspektiv. Dock så var det en period under hösten där vi hade svårt att ta hem våra patienter i tid vilket kan ses i grafen nedan. Anledningen till detta var bland annat platsbrist på vår korttidsenhet, vilket berodde på att flera brukare där väntade på permanent plats inom vård och omsorgsboende.



**Åtgärd:** Fortsätta att arbeta med att stärka samverkan såväl internt som externt.

**Uppföljning:** Fortsätta att följa statistik.

### God vård – habilitering/rehabilitering

#### Mål

- Medarbetare i vård och omsorg utgår ifrån ett rehabiliterande förhållningssätt i omsorgen/omvårdnaden av den enskilde.
- Användning och skötsel av hjälpmedel (medicintekniska produkter) sker enligt instruktion.
- Ordinerad träning, behandling (hälso- och sjukvårdsinsats) utförs enligt ordination/instruktion från arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

**Resultat:** I statistiken för avvikelser noteras att det är 13 avvikelser registrerade inom kategorin medicintekniska hjälpmedel och 3 avvikelser inom kategorin rehabilitering. Ingen av dessa avvikelser är utredda som allvarliga.

**Analys:** Målen är uppfyllda till stor del.

**Åtgärd:** Fortsatt arbete med att uppnå målen.

**Utvärdering:** löpande under året i samverkan med enhetschef för rehabenheten.

### **Delaktighet och information till patienten**

#### **Mål:**

- Alla patienter tillfrågas om samtycke till att delta i sammanhållen journal och att samtycket (ja eller nej) finns dokumenterat
- Alla patienter tillfrågas om samtycke, till att uppgifter som omfattas av sekretess får lämnas ut

**Resultat:** Journalgranskning utfördes i december 2023 av 40 slumpmässigt utvalda HSL-journaler. Resultatet visar på att i 95% av de granskade HSL-journalerna så finns det samtycke registrerat för dels sammanhållen journal och dels samtycke för att lämna ut sekretessbelagda uppgifter.

**Analys:** Rutin för samtycke följs

**Åtgärd:** Planerar för ett förändrat arbetssätt vad det gäller inhämtande av samtycke, där vårdgivaren förutsätter att patient ger samtycke och om patienten inte vill lämna samtycke behöver patienten informera patientansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut.

**Utvärdering:** Journalgranskning i slutet av 2024.

### **Dokumentation**

#### **Mål:**

- Dokumentation av hälso- och sjukvård sker enligt krav i lag och följer vårdgivarens riktlinjer, regler och rutin för dokumentation.
- Alla patienter, där hemsjukvården har övertagit läkemedelsansvaret, ska ha vårdplan för samtliga insatser.

**Resultat:** Journalgranskningen som utfördes i december 2023 visade på att alla patienter, där hemsjukvården har övertagit läkemedelsansvaret, hade vårdplan(er) för samtliga insatser. Granskningen visade också att dokumentationen brister generellt vad gäller det som föreskrivs i patientdatalagen vad en HSL-journal ska innehålla. Till exempel så saknas

information om bakgrund till patientens vård i 25% av de granskade journalerna och vad det gäller information om medicinska diagnoser så saknades det i 55% av de granskade journalerna.

**Analys:** Målet med vårdplaner är uppfyllt, men inte målet att dokumentationen följer krav i lagstiftning.

**Åtgärd:** Planerar för att skapa arbetsgrupp för dokumentation som kan arbeta strukturerat med att stärka dokumentationen.

**Utvärdering:** journalgranskning i slutet av 2024.

### Trygghet och säkerhet genom sammanhållen vård och omsorg

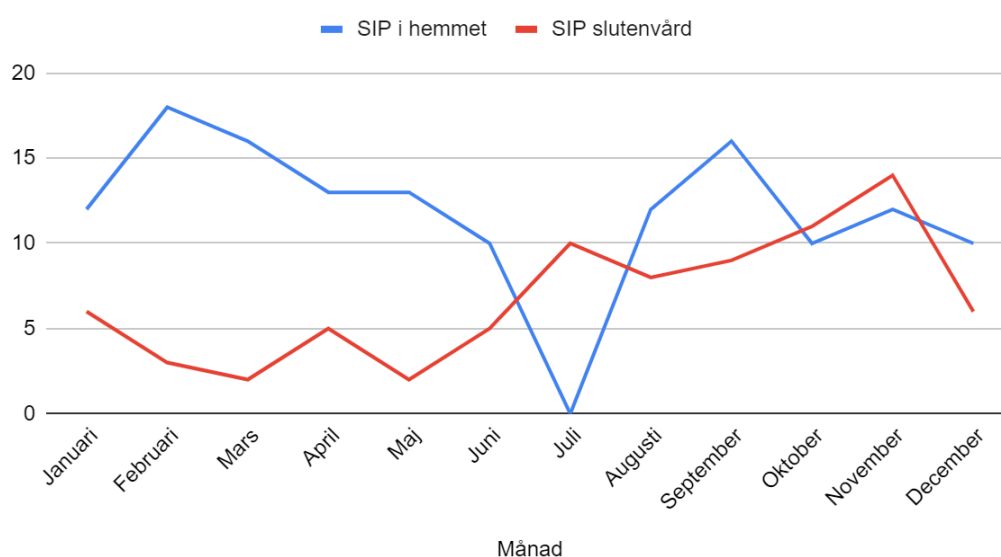
#### Mål:

- Öka antalet samordnade individuella planer - SIP

**Resultat:** Se nedanstående tabell samt graf över antal SIP per månad och uppdelat på om SIP utfördes i patientens hem eller inom slutenvården

År	2021	2022	2023
Antal SIP	346	210	223

#### SIP i hemmet och SIP slutenvård 2023



**Analys:** Som resultatet visar har antalet SIP:ar ökat jämfört med 2022, men ligger fortfarande under resultatet för 2021. Analys av orsaker har inte kunnat prioriteras under 2023.

**Åtgärd:** Analysera resultatet i samråd med hemtagningsteam

**Utvärdering:** Fortsätta mäta antalet SIP på årsbasis.

### Hög kvalitet och patientsäkerhetskultur

#### **Mål:**

- **Öka kunskap om inträffade vårdskador**
- **Stärka organisationens säkerhetskultur**
- **Förbättrad kunskap om avvikelshantering**

**Resultat:** Under första halvan av 2023 har arbetet med säkerhetskulturen fortsatt med hjälp av patientsäkerhetsverktyget från SKR, där prioriterade insatser från nulägesanalysen har formulerats i samverkan mellan framför allt enhetschefer och legitimerade medarbetare.

Under andra halvan av 2023 har det genomförts en utbildning i patientsäkerhet för verksamhetschefer, enhetschefer och legitimerade medarbetare. Utbildningen var baserad på socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet, men anpassad för organisationens särskilda förutsättningar. Ansvariga för utbildningen var MAS tillsammans med verksamhetschef HSL.

Under året har arbete för att utveckla avvikelshanteringsprocessen utförts tillsammans med kvalitetssamordnare, ehälsosamordnare och en arbetsgrupp med representanter från verksamheternas chefer och legitimerad personal

När det gäller kunskap om inträffade vårdskador så är detta ett pågående arbete som innehåller flera olika delar, men en sak som kan nämnas är att MAS presenterar statistik över vårdskador för såväl förvaltningens som de olika verksamhetsområdenas ledningsgrupper löpande under året.

#### **Analys:**

Såväl enhetschefer som legitimerade medarbetare har återkopplat att insatserna har skapat tid för såväl lärande som reflektion samt förutsättningar för ett bättre samarbete mellan enhetschefer och legitimerade medarbetare.

Bedömningen är att det pågående arbetet stärker organisationens säkerhetskultur, men att detta är ett långsiktigt arbete som behöver fortsätta.



Arbetet med avvikelshantering har förbättrats under året, men det finns fortfarande förbättringspotential vad gäller både registrering och utredning av avvikelser.

**Åtgärder:** Fortsatta utbildningsinsatser inom patientsäkerhet för enhetschefer och legitimerade medarbetare samt uppföljning av insatser som identifierades och prioriterades under arbetet med nulägesanalysen.

Vad det gäller avvikelshantering så kommer MAS tillsammans med kvalitetssamordnare fortsatt driva utveckling av avvikelshanteringsprocessen tillsammans med ehälsosamordnare. Vilket utbildningsbehov som finns ute i verksamheterna kommer att inventeras under våren 2024 och därefter kommer utbildningsinsatser planeras och genomföras.

**Utvärdering:** I samband med PSB för 2024.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



### Har vården varit säker

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utreds av ansvarig enhetschef och i de fall där händelsen är bedömd som en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada så utreder MAS händelsen och bedömer om det är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. MAS bedömning meddelas sedan vårdgivaren för kännedom och om händelsen ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.

Under 2023 har 696 händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada utretts. Två av dessa händelser har bedömts som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada och har utretts som Lex Maria med anmälan till IVO.

Även under 2023 har det varit problem med att händelserna inte utreds i tid. Enligt riktlinjen för avvikelshantering skall en avvikelse utredas inom tre veckor efter att den har registrerats. Anledningarna till detta verkar framför allt vara en hög arbetsbelastning hos enhetschefer, men också att det verkar finnas strukturella problem, då det vid en genomgång av ej avslutade avvikelseutredningar i det gamla systemet Procapita uppmärksammades 1000 ej avslutade utredningar uppdelade på 400 brukare/patienter.

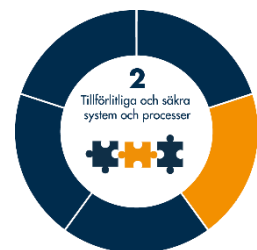
Detta gör att MAS bedömer att alla vårdskador inte upptäcks i tid.

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.

Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår.



## 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 bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning med flera.

Vårdgivaren var med i HALT-mätning för 2023, HALT är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende.

Vårdgivaren arbetar också med läkemedelsgenomgångar hos alla patienter där vårdgivaren har ansvar för läkemedelshandlingen. Detta är ett arbete som fortfarande inte fungerar optimalt och en orsak är att läkemedelsgenomgångar kräver samarbete med ansvarig läkare som inte finns i vårdgivarens organisation, utan inom primärvården i regionen.

Vad gäller hygienrutiner och klädregler så planerar vårdgivaren att fortsätta med interna mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

## 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

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal.



## Riskhantering

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

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

Då det inte finns något system hos vårdgivaren för att hantera risker, då i system för avvikelshantering finns det ingen möjlighet att registrera risker, utan endast händelser. Detta gör det svårt att hantera och bedöma risker.

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method) samt inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet.

## Stärka analys, lärande och utveckling

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

### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning och nationella register.



Vårdgivaren rapporterar till IVO enligt Lex Maria och Lex Sarah enligt gällande lagstiftning, det finns fungerande rutiner för detta i organisationen.

Vårdgivaren använder sig av följande nationella kvalitetsregister för att följa upp kvalitén i verksamheterna; Senior Alert, BPSD-registret och Palliativa Registret.

## Avvikelser

Område	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Källa
Fall	1001	808	859	952	Procapita avvikelsemodul samt LifeCare avvikelser (2022-2023)
Läkemedel	554	468	433	478	Procapita avvikelsemodul samt LifeCare avvikelser (2022-2023)
Medicinteknisk produkt	18	12	9	13	Procapita avvikelsemodul samt LifeCare avvikelser (2022-2023)
Rehabilitering	4	2	4	3	Procapita avvikelsemodul samt LifeCare avvikelser (2022-2023)

<b>SUMMA</b>	<b>1557</b>	<b>1290</b>	<b>1305</b>	<b>1446</b>	
<b>Patientnämnd</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Patientnämnden</b>
<b>STELLA avvikelser</b>	<b>368</b>	<b>88</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>Cosmic</b>
<b>Klagomål/synpunkter avseende hälso- och sjukvård</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>Manuell hantering</b>

**Kommentar:** Antalet avvikelser på totalen fortsätter att öka, detta tolkas som om att det nya avvikelssystemet gör det lättare att registrera avvikelser för medarbetaren. Vad det gäller synpunkter/klagomål avseende hälso och sjukvård så ligger detta på samma nivå som föregående år, detta gäller även de klagomål/synpunkter som kommer från patientnämnden. Avvikelser från det gemensamma systemet med regionen, Stella har ökat något.

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Vad gäller hur patienters och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara så är all personal skyldig att ta emot klagomål och synpunkter. Det går också att lämna synpunkter och klagomål via kommunens webbplats. Det är förvaltningens kvalitetssamordnare som ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål från patienter och närstående.

Samverkan sker mellan kvalitetssamordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska utifrån om klagomålen och synpunkterna avser socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

I första hand är det enhetschef vars verksamhet är berörd av klagomålet eller synpunkten som hanterar klagomålet eller synpunkten.

När det gäller de klagomål och synpunkter som kan komma direkt till patientnämnden, så sker det en kontakt mellan patientnämnden och medicinskt ansvarig sjuksköterska vid en eventuell utredning. Patientnämnden skickar en årlig sammanställning på de ärenden som är aktuella för socialnämnden.

Ärenden rörande hälso- och sjukvård från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utreds i förekommande fall av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2023 har inga ärenden utretts.

(Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.)

## 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.



Vårdgivaren har rutiner för att säkerställa verksamheten under förändrade förhållanden. Under 2023 har det anställts en beredskapssamordnare inom socialförvaltningen som håller ihop allt beredskapsarbete, där även hälso- och sjukvården ingår. Under året har vårdgivaren samverkat med länsstyrelsen i beredskapsfrågor. Här har MAS, verksamhetschef HSL, socialchef samt beredskapssamordnare deltagit på möten med länsstyrelsen.

### Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Beskriv **hur** detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation, till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkemedelsbehandling, patientkontrakt.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Ett fortsatt arbete med att stärka organisationens säkerhetskultur och utveckla avvikelshantering är delar inom patientsäkerhetsarbetet som behöver prioriteras.

Parallellt med detta så behöver arbetet med att använda kvalitetsregister som en metod för att mäta vår kvalitet fortsätta som tidigare år.

Granskningen av HSL-journalerna som utfördes i slutet av 2023 visar på att vårdgivaren behöver arbeta med att stärka dokumentationen på olika sätt.

Utifrån detta presenteras här målen för patientsäkerhetsarbetet för 2024;

### ***Kvalitet och patientsäkerhetskultur - En god och säker vård***

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder	Tertialrapport MAS Patientsäkerhetsberättelse
Stärka organisationens säkerhetskultur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortsatt arbete tillsammans med VC HSL med gemensamma utbildningar för enhetschefer och legitimerade medarbetare</li><li>• Uppföljning av insatser utifrån nulägesanalys</li></ul>	Patientsäkerhetsberättelse
Förbättrad kunskap om avvikelshantering	Tillsammans med kvalitetssamordnare och e-hälsosamordnare driva fortsatt utveckling av avvikelshanteringsprocessen	Patientsäkerhetsberättelse

## Delaktighet och information till patienten

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
Alla patienter tillfrågas om samtycke till att delta i sammanhållen journal och att samtycket (ja eller nej) finns dokumenterat	<ul style="list-style-type: none"><li>● Revidera rutin för inhämtande av samtycke</li><li>● Arbeta fram informationsmaterial som kan lämnas till patient och närstående</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Tertialrapport MAS</li><li>● Arbetsplatsträff HSV/Rehab</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>
Alla patienter tillfrågas om samtycke, till att uppgifter som omfattas av sekretess får lämnas ut	<ul style="list-style-type: none"><li>● Granskning av förekomst av dokumenterat samtycke i patientjournal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Tertialrapport MAS</li><li>● Arbetsplatsträff HSV/Rehab</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>



**Preventivt och förebyggande arbetssätt**

<b>Mål</b>	<b>Planerade åtgärd(er)</b>	<b>Uppföljning</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● minska antal fall</li><li>● minska förekomst av trycksår i grad 2-4</li><li>● minska förekomst av undernäring</li><li>● förbättra munhälsa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Erbjuder riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa till minst alla, 65 år och äldre, oavsett boendeform.</li><li>● Minst 90% ska Registrera i Senior Alert</li><li>● Minst 90% som faller ut med risk ska ha planerad åtgärd</li><li>● Minst 90% ska följas upp inom ett år</li><li>● Minst 90% med skattad risk för fall, trycksår, undernäring och munhälsa ska ha vidtagen förebyggande åtgärd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Registerkontroll</li><li>● Tertialrapport MAS</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>
nattfasta understiger 11 timmar i vård och omsorgsboende för äldre	Mäta följsamhet rutin	<ul style="list-style-type: none"><li>● Registerkontroll</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>

## God vård i livets slut

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"><li>● Minst 70 % av dödsfallen ska registreras i Svenska Palliativregistret</li><li>● Brytpunktssamtal ska ha genomförts av läkare inför minst 98 % av dödsfall som sker (sjuksköterska ansvarar för att aktualisera, planera och förbereda)</li><li>● Under sista veckan i livet ska 100 % av patienterna erhållit smärtskattning med validerat instrument</li><li>● Minst 90 % av patienterna ska ha fått munhälsan bedömd under sista veckan i livet</li><li>● Minst 98 % av patienterna ska ha fått ordinerat injektionsläkemedel vid behov mot smärta och ångest under sista veckan i livet</li><li>● 100 % av de palliativa patienter ska ha en fast vårdkontakt i kommunen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Införa rutin för symtomskattning: Vad, hur och vem utför, dokumenterar, följer upp.</li><li>● Analysera de delar som ej når upp till målvärde i registret</li><li>● Baspersonal deltar årligen i munvårdsutbildningar inom ramen för avtal om <i>Nödvändig tandvård</i>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Arbetsplatsträff HSV</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li><li>● Tertialrapport MAS</li></ul>

### **Habilitering och rehabilitering**

<b>Mål</b>	<b>Planerade åtgärd(er)</b>	<b>Uppföljning</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Medarbetare i vård och omsorg utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt i omsorgen/omvårdnaden om den enskilde</li><li>● Användning och skötsel av hjälpmedel (medicintekniska produkter) sker enligt instruktion/bruksanvisning</li><li>● Ordinerad träning, behandling (hälso- och sjukvårdsinsats) utförs enligt ordination/instruktion från sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Rapportera avvikelser vid utebliven ordinerad hälso- och sjukvårdsinsats</li><li>● Förflyttningsutbildning för alla medarbetare inom vård och omsorg (där det ingår delar om det rehabiliterande förhållningssättet)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Arbetsplatsträff Rehab</li><li>● Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>

## Läkemedel

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<p>Patienter med kommunal hälso- och sjukvård (inklusive hemsjukvård) erhåller en god och säker läkemedelsbehandling.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• vid inskrivning i hemsjukvård</li><li>• vid inflyttning/byte till annan boendeform t.ex. vård och omsorgsboende</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genomföra info/utbildning kring läkemedelsgenomgång</li><li>• Patienter erbjuds läkemedelsgenomgång utifrån praktiska anvisningar</li><li>• Extern granskning av utvalda enheter enligt avtal</li><li>• Intern granskning av utvalda enheter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbetsplatsträff HSV</li><li>• Patientsäkerhetsberättelse</li></ul>

## Vårdhygien

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"><li>• 100 % följsamhet till riktlinjer och rutiner om basala hygienrutiner och klädregler</li><li>• Utbrott av samhällsförvärvade infektioner begränsas och smittspridning förhindras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• genomföra intern mätning av följsamheten under vår och höst 2024</li><li>• alla medarbetare ska genomgå webbutbildning inom hygien</li><li>• Rapportera utbrott av infektioner enligt riktlinjer från Regionens smittskydd och vårdhygien</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientsäkerhetsberättelse</li><li>• Tertialrapport MAS</li><li>• Träff med hygienombud</li></ul>

### God vård vid demens

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nationella och regionala riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska ligga till grund vid kontakt med personer med misstanke om eller diagnostiserad demenssjukdom</li><li>• Registreringarna i BPSD skall öka</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utveckla arbetssätt och fastställa demensteamens uppdrag i kommunen</li><li>• Demens ABC-webbutbildning- ska ingå i introduktion till nya medarbetare inom vård och omsorg samt biståndshandläggare.</li><li>• BPSD – strukturen genomsyrar demensvården</li><li>• Personcentrerad förhållningssätt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientsäkerhetsberättelse</li><li>• Tertialrapport MAS</li></ul>

### Adekvat kunskap och kompetens

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"><li>• Att insulingivning sker på ett säkert sätt inom alla verksamheter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• riskanalys inom vård och omsorgsboende utifrån lex maria anmälan</li><li>• skapa rutin(er) för att säkerställa att insulingivning sker på ett säkert sätt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientsäkerhetsberättelse</li><li>• Tertialrapport MAS</li><li>• Arbetsplatsträff HSV</li></ul>

## Dokumentation

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation av hälso- och sjukvård sker enligt krav i lag och följer vårdgivarens riktlinjer, regler och rutin för dokumentation.</li> <li>• Alla patienter, där hemsjukvården har övertagit läkemedelsansvaret, ska ha vårdplan/hälsoplan för samtliga insatser.</li> <li>• Säkerställa informationsflödet mellan SOL och HSL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Granskning av journaler (10 %).</li> <li>• Lokal arbetsgrupp, superanvändare, MAS och medarbetare utvecklar dokumentation.</li> <li>• Riskbedömning avseende delning av information mellan SOL och HSL i verksamhetssystem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbetsplatsträff HSV/Rehab</li> <li>• Patientsäkerhetsberättelse</li> </ul>

## Trygghet och säkerhet genom sammanhållen vård och omsorg

Mål	Planerade åtgärd(er)	Uppföljning
Öka antalet samordnade individuella planer - SIP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mäta antal samordnade individuella planer (SIP).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsäkerhetsberättelse</li> </ul>