

Patientsäkerhetsberättelse för Ulricehamns kommun År 2022



Datum 23-04-05
Elvy Johansson MAS
Diarienummer 2023/216



ULRICEHAMNS
KOMMUN

Inledning

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

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.



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 och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
<i>Avvikelse i vårdsamverkan rapporterade av Ulricehamns kommun.</i>	14
Säker vård här och nu	19
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter, Lex Maria och Lex Sara	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

I de senaste årens patientsäkerhetsberättelser har arbetet med avvikelser stått som prioriterat område, men arbetet har inte kommit vidare under året. Coronapandemin har även 2022 tagit tid och resurser från andra prioriterade områden men också hälso- och sjukvårdens organisationsförändring, införande av digital signering och planering för ny del i patientjournal har påverkat. Coronapandemin har ökat kunskapen om vikten av att alltid jobba proaktivt med strikta vårdhygieniska åtgärder oavsett typ av smitta.

Brister i avvikelsearbetet är allvarligt, då vissa avvikande händelser inte uppmärksammas eller utreds för att bidra till en lärande organisation och förbättringsåtgärder. Bedömnings- och rapporteringsstöden ViSam och SBAR har inte implementerats i tillräcklig omfattning vilket ses i både mindre allvarliga och allvarliga avvikelser. Under 2023 behöver ViSam och SBAR bli en naturlig del av arbetet. Arbetssätt för delegering till omvårdnadspersonal har reviderats och införts successivt under 2022.

Kvalitetsarbetet måste ses som lika viktigt som arbetet med ekonomiska frågor och följas upp lika ofta. et har inför 2023 anställts en SAS (Socialt Ansvarig Samordnare), som kommer att arbeta med kvalitetsfrågor inom socialtjänsten.

En tydlig strategi behöver tas fram för att säkerställa rekrytering och behålla erfaren personal, tillsammans med en strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda. Kompetens och arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar behöver säkerställas.

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.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

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 §

Övergripande mål och strategier är att utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 verka för ett ledningssystem, som är känt, används och följs inom samtliga berörda verksamhetsområden och därmed bidrar till hög patientsäkerhet.

Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser kunna säkerställa att all vård och behandling bedöms, planeras, utförs och utvärderas systematiskt och strukturerat. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen

Har en övergripande ledningsfunktion och har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Socialchef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvariga) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Ska tillsammans med MAR och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för

ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Ska tillsammans med MAS och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering.

Verksamhetschef/Enhetschef

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom ledningssystemet för patientsäkerhet och som verksamheten/enheten är berörd av, följs och är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetssätt utifrån en hög patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetssätt. Vård- och omsorgspersonal ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Stödfunktioner

Vårdhygien och smittskyddsenhetsen på Södra Älvsborgs sjukhus.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Regional nivå

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i regionen gällande hälso- och sjukvård och läkarmedverkan regleras i avtal och överenskommelser. Kommunen medverkar genom att bemanna uppdragsgrupper och delta i olika forum för samverkan på regional nivå.

Delregional nivå

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna på delregional nivå regleras i styrdokument och avtal beslutade i samverkansorganet Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Socialchef representerar kommunen i styrgruppen och kommunen bemannar delregionala uppdragsgrupper. Vårdgivarna kommunicerar information gällande vårdövergångar mellan olika vårdgivare i det gemensamma systemet. SAMSA. Denna kommunikation har tidigare hanterats av ett vårdplaneringsteam i kommunen, men under hösten har arbetssättet förändrats så att varje enhet tar hand om de ärenden som rör deras redan anslutna patienter, vilket kommer att leda till att rapportering och kommunikation sker direkt mellan dem som har ansvar för patienten, för ökad patientsäkerhet. Planeringar mellan vårdgivare skall göras i SIP-möten (Samordnad Individuell plan), möten där involverade vårdgivare och patient möts för att planera och samordna vård och insatser. Detta arbetssätt har ännu inte praktiserats i någon större utsträckning, men arbete pågår för att öka antalet SIP-ar.

Under 2022 har vikten av att avvikelshantering leder till ett lärande lyfts på både delregional och lokal nivå. Målsättningen är att avvikelser i vårdövergångar tas upp i gemensamma möten, för att rutiner och samarbete skall kunna förbättras.

Kommunens MAS och MAR deltar i delregionala nätverk och samverkan sker kommun-överskridande för gemensamma förhållningssätt kommuner emellan.

Inom området vårdhygien finns en nära samverkan mellan MAS-nätverket i södra Älvsborg och enheten Vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus.

Lokal Närvårdssamverkan

Den lokala ledningsgruppen för samverkan består av representanter från Ulricehamns kommun, den lokala primärvården samt från SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) och leds av socialchef. Lokala arbetsgrupper bildas utifrån olika uppdrag. Avvikelser i vårdssamverkan tas upp för ett lärande på möten i Närvårdssamverkan, och målet är att händelser som genererat avvikelse i vårdövergång skall diskuteras vid varje samverkansmöte.

Det pågår ett gemensamt arbete med en omställning inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad skall bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, oavsett vårdgivare. Rätt insats skall ges till rätt person vid rätt tillfälle. Det övergripande målet benämns God och nära vård.

Lokal samverkan med primärvård

Struktur för läkarmedverkan på lokal nivå framgår i den gemensamma Närområdesplanen, som hänvisar till regionala rutiner som beskriver hur läkarmedverkan och övrig samverkan ska ske på lokalplanet. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Regional Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan gällande patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Regelbundna samverkansmöten skall hållas för dialog om det vardagliga samarbetet och arbetssätt. Tidsangivelser finns för läkarmedverkan i den kommunala vården. Vårdcentralerna har periodvis haft svårt att följa överenskommelse om läkarmedverkan, vilket delvis resulterat i försenade årskontroller och uppföljningar i hemsjukvården. Kommunen har också under året haft tillsyn av IVO, som bland annat påpekade att läkemedelsgenomgångar och brytpunktssamtal inte utförs i den utsträckning som förväntas. De hade även kritik gällande dokumentation, bedömningar och kompetens. Kritiken har besvarats i år. Verksamheten tar till sig kritiken i vissa delar, brister som vi även ser i våra utredningar, men har också meddelat avvikande uppfattning i en del frågor, där vi också är kritiska till genomförandet av granskningen. Bättre följsamhet till riktlinjer för brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgångar under 2023 kommer att vara fokusområden i lokal samverkan med vårdcentralerna.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

HSA-ansvarig kontrollerar behörigheter i HSA-katalogen varje månad enligt fastställd rutin. Närmaste chef ansvarar för att beställningar och ändringar av behörigheter till verksamhetssystemet omgående rapporteras till systemförvaltare.

Loggkontroller utförs med stickprovskontroller, där man kontrollerar att medarbetaren endast loggat in i patientjournaler där man haft en pågående vårdrelation. Loggkontrollerna skall göras en gång per kvartal,

men gjordes två gånger under 2021, vilket föranledde en rekommendation att öka kontrollerna till fyra gånger per år. Under 2022 har det inte gjorts några loggkontroller. Dokumentation av loggkontroller bör struktureras och befintlig rutin bör uppdateras, för att anpassa lokala rutiner till gällande lagkrav.

I samband med utredningar av vårdskador eller risk för vårdskador görs journalgranskning. Under 2022 har inte någon strukturerad journalgranskning genomförts, med hänvisning till en pressad situation i verksamheten.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En struktur för god säkerhetskultur är fastlagd genom de övergripande målen och strategin för en hög patientsäkerhet, en tydlig organisation och alla medarbetares ansvar. Varje chef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare jobba strukturerat med uppföljning och utvärdering av verksamheten. Att systematiskt analysera och använda inträffade avvikelser är ett viktigt verktyg för att identifiera brister i både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Vid genomgång av hur utredning och analys av inträffade avvikelser har skett under året ses stora brister. Kunskap från inträffade händelser har inte använts i tillräcklig utsträckning för att skapa en god säkerhetskultur, eftersom händelser har upprepats.



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.

Bristande kunskap om rutiner och arbetssätt har setts vid granskning i samband med klagomål och allvarliga avvikelser. Verksamheten måste ta fram en plan för att säkerställa att kunskap om rutiner och arbetssätt hålls levande.

Under året har både omvårdnadspersonal, legitimerade och chefer slutat och ersatts av nya, i den mån det varit möjligt. Det har medfört att kompetens, erfarenhet och kunskap har försvunnit från verksamheten, vilket tar tid att bygga upp igen. Det är också en rörlighet, där personal byter arbetsplats inom verksamheten.

Uppföljning med personer som valt att sluta sin anställning under 2022 visar bristande introduktion och bristande tillvaratagande av kompetens som bidragande orsaker till att man väljer att avsluta sin anställning. Den nationella bristen på utbildad vård och omsorgspersonal befaras hålla i sig vilket oftast medför ökad omsättning av personal. Strategier för att kunna behålla befintlig och kompetent personal är viktigt och behöver utvärderas. Introduktion för personal behöver utvärderas och eventuellt revideras för att ge en bra start och att kunna behålla personal.

Trots personalrörlighet bedrivs en i många delar god vård av engagerad personal. De brister som uppdragas i utredningar är bara en liten del av allt som sker dagligen i vård- och omsorg. Resultat av utredningarna visar ofta på strukturella brister, då avsaknad av rutiner eller att rutiner inte är kända eller att det brister i samordning eller att behov av kompetens inte följts upp.



Det arbetas med många kompetenshöjande insatser i verksamheterna, för att öka patientsäkerhet och samverkan.

Handläggarenheten har under 2022 kompetensutvecklat genom att flera handläggare varit på information om äldre och alkohol, bostadsanpassning, Hälso- och sjukvårdsjuridik, färdtjänstseminarium, fördjupning äldreomsorg och biståndshandläggare i fokus. En person har gått utbildning till Silviahandläggare (utbildning i demenssjukvård).

För Rehabenheten finns en kompetensutvecklingsplan som fastställs för varje år. För varje yrkesgrupp finns en basnivå resp. fördjupningsnivå. Ytterligare kompetens och utbildningsbehov tas fram utifrån utvecklingssamtal och omvärldsbevakning. Legitimerad personal söker ny och fördjupad kunskap genom vedertagna kanaler och delger varandra genom professionsmöten 1g/månad. Några ur gruppen har fått externa utbildningar i manuella förflyttningar, personlyft, sittanpassning i rullstolspecifik hjälpmedelsutbildning och rörelseförmåga vid demens. Hela gruppen har fått utbildning om digitala signeringslistor.

För sjuksköterskeheten finns inte samma struktur, kompetensutvecklingsplanen är påbörjad men inte fastslagen. Under året har en kartläggning gjorts över sjuksköterskornas kompetens och vad de önskar fortbildning i och en kompetensutveckling ska tas fram. Arbetet med en kompetensutvecklingsplan har påbörjats under 2022, men arbetet är inte slutfört. Gruppen har fått en sårvårdsutbildning, några har förskrivningsrätt av förbrukningsmaterial och några har hört om äldre och alkohol. En sjuksköterska har läst utbildning till demenssjuksköterska och en har utbildats till huvudhandledare av studenter. Hela gruppen har genomgått utbildning i att hantera digitala signeringslistor och SIP (samordnad individuell planering). Kompetensutvecklingsplanen måste utgå från verksamhetens behov av kompetens och kunskap för att kunna möta alltmer vårdkrävande patienter. En planering för att sjuksköterskeheten ska genomföra professionsmöten under 2023 finns för att kompetensutveckla och arbeta med rutiner och arbetssätt.

Förutom de ständigt återkommande repetitionerna av utbildningarna för delegering och lyftteknik, har äldreomsorgens omvårdnadspersonal har under året utbildats i social dokumentation. De har också fått Teknikutbildning (digitala signeringslistor och Yetiboards) En grupp utan undersköterskeutbildning har gått äldreomsorgslyftet, för att få undersköterskeexamen. Ett stort antal medarbetare har gått utbildningen Demens ABC

All vård och omsorgspersonal har fått information om S-BAR, en struktur för rapportering och kommunikation, men arbetet för en god kommunikation måste pågå fortlöpande. Enheterna har också fått utrustning för att kunna mäta blodtryck, syrgasmättnad, blodsocker m.m, för att underlätta en tydlig och konkret kommunikation om patienters tillstånd mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Några omvårdnadspersonal har fått mer riktade utbildningar för sina uppgifter. Ex BPSD, Handledarutbildning, Andningsvård, Hygienombud, Psykisk ohälsa, Säkerhet, hot och våld o.s.v.

Kommunen har också initierat ett arbete med utbildning för dem som är språksvaga, där det utbildats ett antal språkbud, som skall ha en stöttande funktion

All personal får brandutbildning och HLR-utbildning enligt plan.

Ledarskap för hemsjukvården

Under året har en större organisationsförändring inom hemsjukvården påbörjats men var vid årets slut inte klar. Förändring av organisation på verksamhetschefsnivå har dock genomförts.

En av tre enhetschefer för hemsjukvården slutade under året och ny har rekryterats.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker och personcentrerad vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Den skall 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 §

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att patienter och närstående ges möjlighet att medverka och påverka i den enskilde patientens vård och behandling, under förutsättning att patienten tackar ja till det. Det skall göras vid t.ex. inskrivningssamtal, vårdplanering, upprättande av vårdplaner, i den dagliga vården och omsorgen samt vid utredning av avvikelser och klagomål.

Kommunen har en funktion med särskilt anhängstöd, som stöttar anhöriga både individuellt och i grupp.

Struktur för samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal är en viktig faktor i en personcentrerad vård. En fastslagen struktur för denna samverkan finns till viss del, men behöver ses över och effektiviseras.

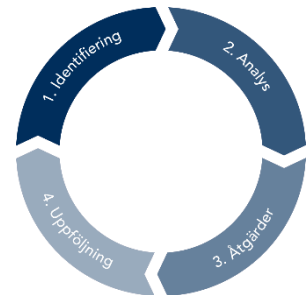
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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 som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada skall rapporteras i avvikelssystemet och närmast berörd chef ansvarar för utredning. Vid allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada kontaktas MAS/ MAR. Särskilt framtagen checklista finns för att utreda orsak till det inträffade. Berörd personal och om möjligt patient/närstående involveras i utredningen som ska ske skyndsamt. Färdig utredning ska återföras till berörd verksamhet för ett lärande och kommuniceras även till andra verksamheter för lärande.

Av 4584 rapporterade avvikelser är analysen inte påbörjad alternativt inte slutförd i 36% av rapporterna, vilket innebär att händelserna inte används som ett lärande, utan förblir bara en statistik eller rapport. Kunskap om hur avvikelser kan användas för att utvärdera och förbättra verksamheter måste implementeras på alla nivåer.



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.

Flera av arbetsprocesserna för en hög patientsäkerhet är ständigt pågående förbättringsarbeten men under året liksom föregående år har mest fokus riktats mot vårdhygien. Fler processer måste få större fokus under 2023.



Avvikelsehantering

Arbetsprocessen för en strukturerad och systematisk hantering av avvikelser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst är väl dokumenterad och rapporteringsgraden betecknas som mycket god. Det stora antalet avvikelser kan ses i ljuset av att verksamheten betonat att avvikelse skall skrivas vid händelse eller risk för händelse. Resultatet visar antalet avvikelser, men många avvikelser har skrivits under fel rubrik, vilket gör att nedanstående tabell inte visar typ avvikelse helt korrekt. Analys av resultatet visar också att avvikelserna inte används i lärande syfte. Utredning och analys av avvikelser är bristfällig. Av de rapporterade avvikelserna är 37 % inte öppnade alternativt inte slutförda. Av de slutförda saknar ett stort antal utredning av orsak och det anges inte några åtgärder. Det indikerar att avvikelsearbetet inte prioriteras eller är för komplicerat och arbetskrävande. Risk finns att systemfel och strukturella brister inte uppmärksammas och det lärande som kan ske uteblir.

Implementering av nuvarande process för avvikelsearbete, som beslutades 2020, har ännu inte implementerats i någon hög utsträckning. Analys av och dialog om avvikelser behöver antas som arbetssätt för en lärande organisation.

Antal avvikelser redovisas för alla enheter verksamma inom HSL, SoL och LSS med en totalsumma.

Typ av avvikelse	2022	2021	2020
Läkemedel	1748	1338	1046
Övrig hälso- och sjukvård	284	64	85
Trycksår	8	19	
Falltillbud	1992	1724	1681
Socialtjänst/LSS myndighetsutövning	33	50	49
Socialtjänst/LSS utförare	175	196	232
Brukare skadar/hotar att skada sig själv, annan brukare eller personal	26	75	
Missförhållande – ekonomisk oegentlighet	0	2	
Missförhållande – fysiskt övergrepp	80*	4	
Missförhållande – psykiskt övergrepp	22	4	
Missförhållande – sexuellt övergrepp	0	3	
Brist till skydd för barn, unga och missbrukare	5	3	
Ej personrelaterad händelse, utrustning, teknik, miljö	116	118	161
Informationssäkerhet	95	80	59
Ej kategoriserade avvikelser	-	173**	825
totalt	4584	3853	4138

*Ett flertal av dessa skulle egentligen skrivits under andra rubriker eller som KIA

** Flertalet av ej kategoriserade avvikelser är falltillbud

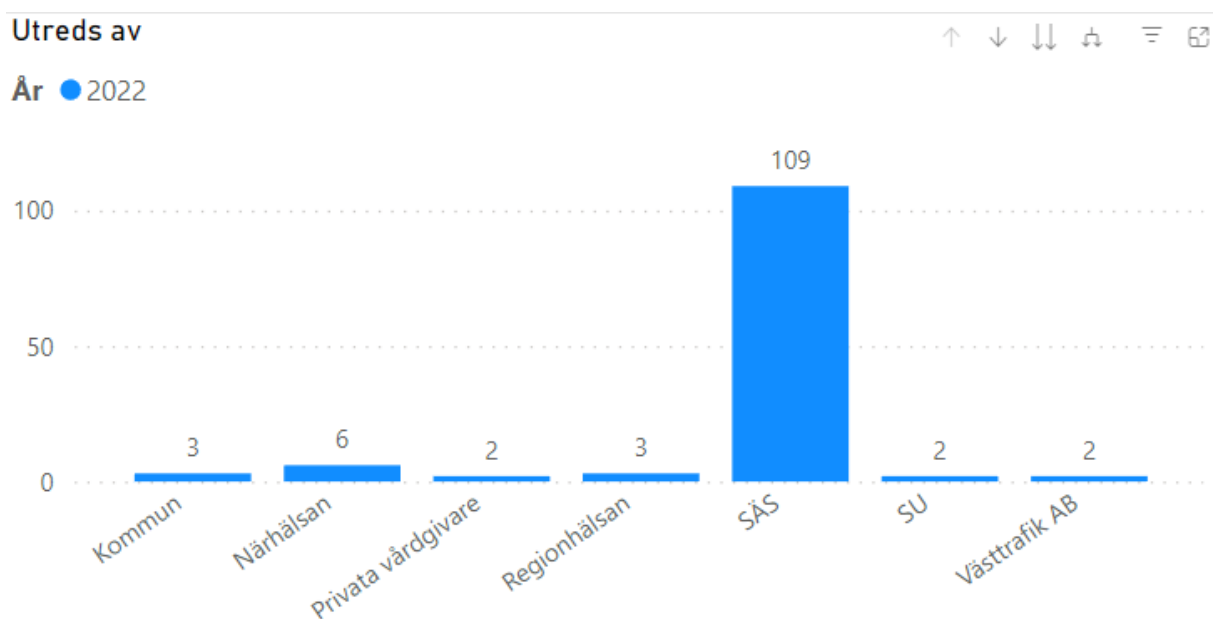
- Inom läkemedelshantering är det framförallt att patienter inte fått ordinerat läkemedel.
- Brist gällande narkotiska läkemedel utgör 172 avvikelser, vanligt vis är det en enstaka dos som saknas /kan vara missad att notera, men det har även saknats ett flertal doser några gånger, vilket utretts och polisanmälts.
- Antalet fall har ökat. Analys av orsak och förebyggande åtgärder måste prioriteras.
- Kategorin vårdtagare skadar eller hotar att skada sig själv har gått ner, men nedgången ser ut att bero på att dessa i stället skrivits som fysiskt övergrepp. Många avvikelser i den kategorin borde i stället skrivas som KIA, då det är personal som varit utsatt och inte tvärtom. Personal och chefer behöver få bättre kunskap om avvikelshantering både gällande arbetsmiljö och verksamhet.

Avvikelser i Närvårdssamverkan

Avvikelse rapportering görs i ett för vårdgivarna gemensamt system, Medcontrol. Brister i samverkan mellan kommunen och andra vårdgivare ses som ett viktigt område att förbättra för att öka patientsäkerheten.

Kommunen har hanterat 142 avvikelser i vårdssamverkan. Av dessa har 127 rapporterats från kommunen till andra vårdgivare. 15 avvikelser har rapporterats från andra vårdgivare till kommunen. Vanligaste avvikelserna handlar om informationsöverföring och kommunikation, därefter kommer brister gällande medskickade läkemedel och ordinationer i vårdens övergångar.

Avvikelser i vårdsamverkan rapporterade av Ulricehamns kommun.



Bedömningsstöd - och kommunikation mellan vårdpersonal

Vid utredning av inträffade avvikelser har under de senaste åren och inte minst under 2022 kunnat konstateras brister i bedömning av patientens hälsotillstånd och kommunikation mellan vårdpersonal samt kommunikation med anhörig. Bedömningsstödet ViSam och kommunikationsmodellen SBAR skall, användas men bristande kunskap om syfte och användning av dessa har bidragit till både allvarliga och mindre allvarliga händelser. All vårdpersonal har fått information om S-BAR, men säkerställande av användning har inte gjorts i tillräcklig omfattning.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Arbetsättet för delegering av arbetsuppgifter har under året förändrats till en övergång mot att hela delegeringsförfarandet med teoretisk utbildning och praktisk genomgång sker på respektive enhet. Uppföljning av arbetet med delegeringar av Hälso- och sjukvårdsuppgifter sker kontinuerligt.

Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård reviderades 2017 men den gemensamma handlingsplanen mellan kommunen och lokala primärvården är inte reviderad efter det och är heller inte formaliserad gällande ansvar. Uppdrag för nyskapande av en gemensam handlingsplan har aktualiserats inför 2023 till lokal grupp för Närvårdssamverkan.

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer vid demens står att alla med demenssjukdom som har hemsjukvård, har rätt att få en BPSD-bedömning minst varje år. Kommunens vård och omsorg skall använda BPSD-registret (BPSD=Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom) som verktyg vid bedömningen, för att säkerställa och individanpassa omvårdnadsåtgärder och bemötande för personer med demenssjukdom.

Verksamheten har egna certifierade utbildare för arbetsättet, en utbildare har under 2022 blivit två, då även demensamordnaren nu är certifierad. Runt 160 personer har sedan 2015 fått en

administratörsutbildning för att kunna leda detta arbete. Idag finns 58 aktiva utbildade administratörer och 78 inaktiva, fördelat bland legitimerad personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Att många är inaktiva innebär att de inte registrerar i registret, men de har fortfarande kunskapen om bemötande som behandling med sig i arbetet. Administratörer finns på alla boenden inom äldreomsorgen. Under året har utbildningsinsatser gjorts på flera äldreboenden för att implementera och öka användandet av BPSD-registret. Statistik visar att det under 2022 har gjorts 66 bedömningar på totalt 49 patienter, en ökning från 2021, då 22 patienter fick en bedömning.

Läkemedelshantering och välfärdsteknik

Läkemedelshantering är en central och viktig del i hemsjukvårdens arbete. Brist i följsamhet till rutiner är en vanlig orsak till avvikelser inom läkemedelshantering och förbättringsdiskussioner är ständigt aktuella. Under året 2021 gjordes revidering av rutin för läkemedelshantering.

Digitala loggningsbara lås på läkemedelsskåp finns i alla lägenheter på vård- och omsorgsboenden för äldre. I ordinärt boende används det loggningsbara läkemedelsskåp där det bedöms behövas. Nästa steg är att ha loggningsbara lås till förvaringen av akutläkemedelsförråd. Införande av läkemedelsskåp med digitala loggningsbara lås har påbörjats inom LSS-boende. Syftet med digitala lås är en säker förvaring, att enbart behörig personal ska ha tillgång till läkemedlen samt att kunna spåra obehörigt intrång.

Införande med digital signering av administrerade läkemedel är genomfört under hösten 2022. Det är fortfarande några personalgrupper där den digitala tekniken inte är genomförd. Digital signering bidrar till minskad pappershantering och minskad risk för felmedicinering.

Dokumentation- patientjournal

Beslut finns att en ny modell för dokumentation i patientjournalen ska införas. Modellen bygger på nationell informationsstruktur med dokumentation i processer, inom hälsa, vård och omsorg, det s.k. ”Hälsoärendet”, med tillhörande digital planeringskalender. Arbetet påbörjades 2019 men har fått pausas av olika skäl, både tekniska, resursmässiga och inte minst pandemin. Arbetet med planeringen har pågått hösten 2022 och införandet är planerat till våren 2023.

Munhälsa

Nödvändig tandvård

Vård och omsorgstagare med omfattande vårdbehov, samt personer med demensdiagnos har rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård). Det innebär att personen blir erbjuden en årlig munhälsobedömning av tandhygienist och att patientavgiften för tandläkarbesök är samma som för övrig regional hälso- och sjukvård samt ingår i högkostnadsskyddet. Sjuksköterska eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget.

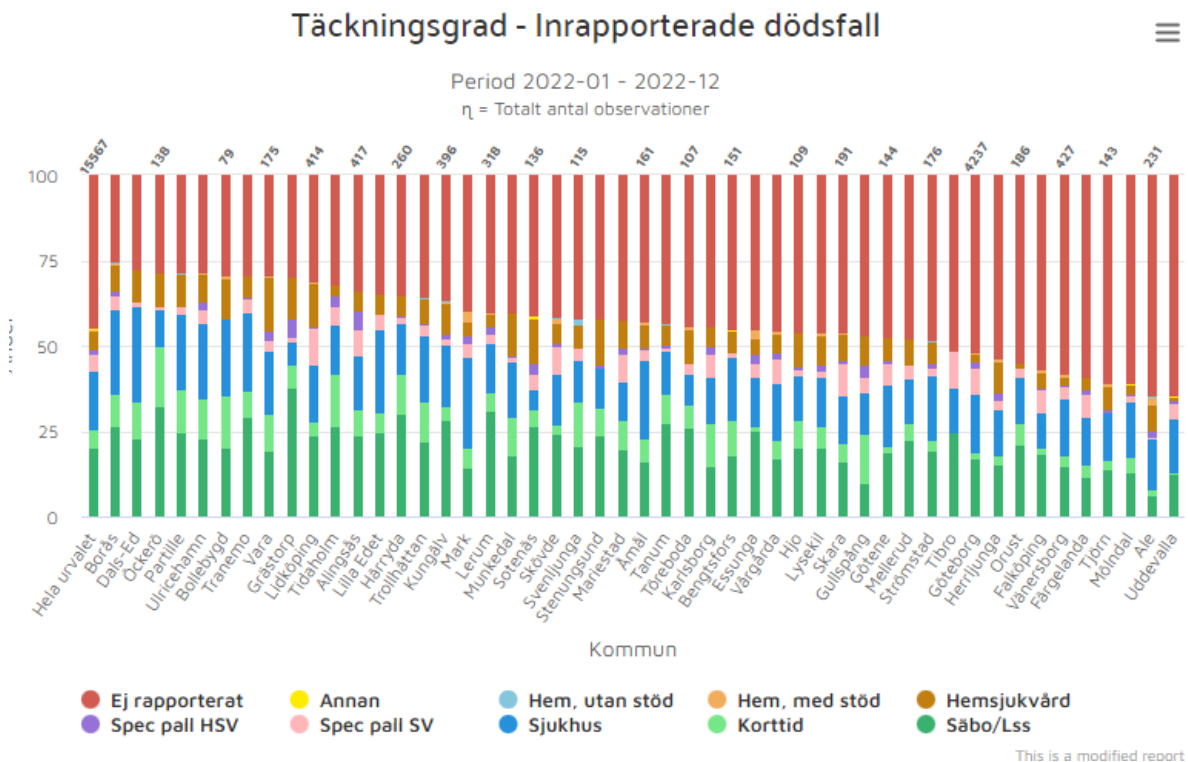
Under 2022 har totalt 479 personer haft rätt till nödvändig tandvård i Ulricehamns kommun. Av dessa tackade 290 ja till munvårdsbedömning och 227 fick en munvårdsbedömning.

Palliativ vård - Palliativregistret

Nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd finns att tillgå för verksamheterna, men kommunen saknar en anpassad strategi och handlingsplan för hur den palliativa vården ska bedrivas, och det har

uppmärksammats ett behov av kompetensutveckling. Utbildning inom palliativ vård och samverkan mellan de olika personalkategorier som möter palliativa patienter är nödvändigt och en förutsättning för att säkerställa en god och personcentrerad palliativ vård. Under 2023 kommer verksamheterna att jobba extra med kompetens kring Palliativ vård.

Ett nationellt mål är att 70% av inträffade dödsfall ska registreras oavsett var dödsfallet sker. Under 2022 registrerades 71,5 % av dödsfallen i Ulricehamns kommun i Palliativregistret, vilket är över 70 %, men en nedgång från 2021, då ca 75% registrerades. I tabellen nedan ses resultatet för Västra Götalandsregionens kommuner.



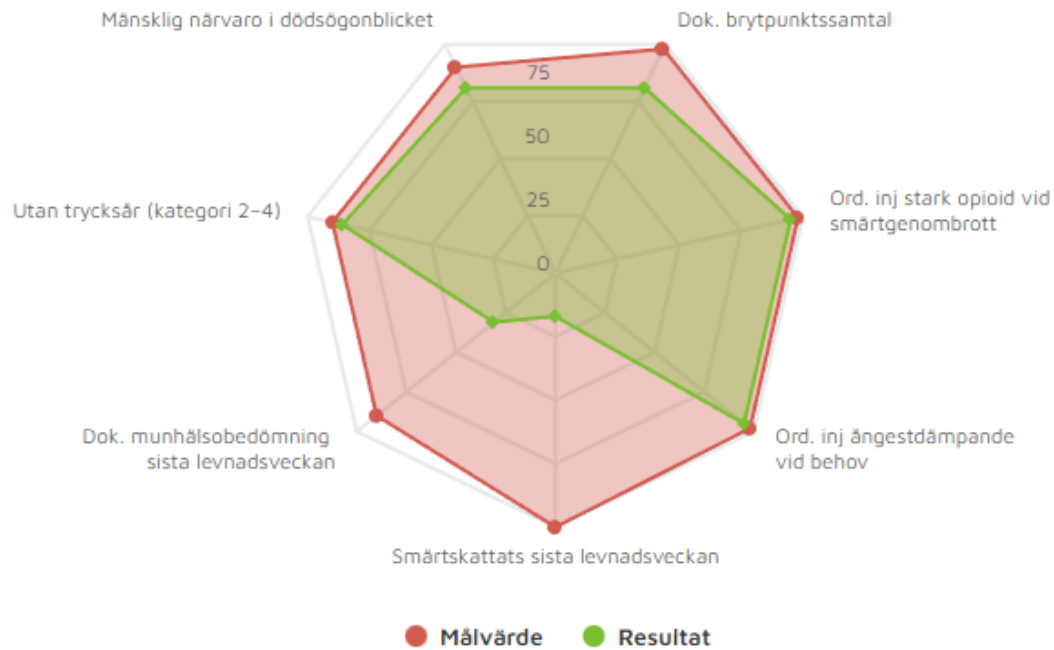
Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och måltal för palliativ vård

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som Socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras. Närstående kan ges möjlighet att logga in i registret för att uttrycka sin upplevelse av vården i livets slutskede. Det har inte praktiserats i Ulricehamns kommun ännu.

Statistik från Palliativregistret visa att den palliativa vården i Ulricehamns kommun i vissa delar är nära registrets uppsatta mål, ex. när det gäller att det skall finnas ordination på läkemedel att använda vid behov mot smärta och oro. När det gäller strukturerad smärtskattning och dokumenterad bedömning av munhälsa är det långt kvar till de uppsatta målen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2022	Resultat 2021
Dok. brytpunktssamtal	98	81	82
Ord inj stark opioid vid smärtgenombrott	98	95	98
Ord ångestdämpande vid behov	98	95	97
Smärtskattats sista levnadsvecka	100	17	14
Dok munhälsobedömning sista levnadsveckan	90	31	34
Utan trycksår (kategori 2-4)	90	86	85
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	81	87

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som en patient eller personal drabbas av i samband med vård och omsorg. Den viktigaste åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är att arbeta med basala hygienrutiner och klädregler.

Under året har det vårdhygieniska arbetet prioriterat sig självt och stort fokus har varit på att fortsatt säkra rutiner och arbetsätt för att hindra smittspridning av Coronapandemin. Samverkan med vårdhygieniska enheten och smittskyddsenheten inom regionen har varit tät för att säkra och anpassa rutiner allteftersom kunskapen om Covid-19 har fördjupats. Hygienrutinerna har nu blivit ett arbetsätt. Vi har haft några mindre utbrott av Covid och vinterkräksjuka på några enheter, men de har mötts med en period av ökat användande av skyddsutrustning och isolering av enhet eller avdelning. Metoder som är effektiva sätt att minska smittspridning. Vi har också varit generösa med antigen-provtagning och smittspårning, för att upptäcka och begränsa smitta.

Vaccination mot Covid19 till hemsjukvårdens patienter har varit en stor del av hemsjukvårdens vårdpreventiva insatser under 2022. En stor andel av kommunens patienter, och i vissa fall medboende, har kunnat vaccineras med påfyllnadsdos av Covidvaccin under året, enligt program för Covidvaccination från Vg-region. De flesta av sköra äldre har erbjudits och erhållit fjärde och femte dosen Covidvaccin under året. Likaså har de som tackat ja fått influensavaccination under slutet av året.

Ytterligare åtgärder för att minska vårdrelaterade infektioner är att det finns rutiner och utrustning för en säker desinfektion av medicinteknisk utrustning, t.ex. instrument som används vid olika typer av vård och behandling. Värmedesinfektion ska användas framför kemisk desinfektion och engångsmaterial. I dagsläget är värmedesinfektion inte möjlig på alla enheter. Smutsig utrustning transporteras till de enheter som ha diskdesinfektor alternativt att engångsmaterial används.

Vårdhygieniska enheten har genomfört en hygienrond utifrån fastställt protokoll på kommunens korttidsenhet. Resultatet visade god vårdhygienisk standard.

Vårdprevention - Senior Alert

Att arbeta förebyggande med proaktiva åtgärder är en viktig del för att förhindra onödigt lidande och vårdskador eller risk för vårdskador. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som vi skall använda för att identifiera och registrera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen samt sviktande funktion i urinvägar. Vid identifierad risk ger registret förslag på förebyggande åtgärder, struktur för uppföljning och utvärdering.

I samband med inflyttning till vård- och omsorgsboende eller inskrivning i kommunens hälso- och sjukvård ska riskbedömning göras, därefter minst en gång per år.

Uppåt	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Ulricehamns kommun	205	95% 223 av 235	87% 194 av 223	87% 194 av 223	65% 97 av 149	76 44 personer	63 personer	4 2 personer	84 personer	✓

Grönt = uppfyller det vårdpreventiva arbetet väl.

Under året har 205 patienter riskbedömts, en ökning med 20. Av dessa har 72 patienter bedömts korttidsenheten, fyra stycken i ordinärt boende och resterande boende på VÅBO.

Resultatet visar att risker upptäcks hos en stor del av dem som riskbedöms, ca 95%, men också att det är alldeles för få som får en riskbedömning utifrån att ca 600 patienter bör vara aktuella för bedömning. Av dem som fått en bedömning utförd hade 44 personer (21%) början till trycksår, 63 personer (31%) hade BMI <22, (undervikt för äldre personer), 84 personer (41%) av de 205 hade risk för ohälsa i munnen grad 2, vilket innebär att det är någon form av munvård som är åtgärden. För de personer som bedömts att få en åtgärd var åtgärden dokumenterad som utförd för 65% av personerna.

Vårdprevention – den samlade bilden

I utvärdering av det vårdpreventiva arbetet används registrens rekommendationer, vilket inte alltid blir rättvisande med hänvisning till förutsättningarna i Ulricehamns kommun och det kan upplevas övermäktigt att uppnå de ibland högt uppsatta målen.

Det kommer inför 2023 att sättas, för vår verksamhet, mer uppnåeliga mål att arbeta mot.

Sektor välfärd har börjat göra årsplanering för kvalitetsarbetet i Stratsys, där fokus ligger på olika kvalitetsområden och där mål och uppföljningar kommer att beskrivas. Kvalitetsarbetet måste följas upp med samma intervall och väga lika tungt som de ekonomiska frågorna. Ett säkerställt kvalitetsarbete är en grundförutsättning för en god ekonomi.

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.



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.

I samband med utredning av en händelse har ett riskområde identifierats, där teknik köpts in, i detta fall dörrlarm, men det har inte skapats rutiner för hur kontroller skall göras, när de skall göras och vem som skall utföra kontroller. När det upptäcktes skapades rutiner för detta och verksamheten gick igenom och identifierade olika områden där rutin för egenkontroll saknades.

När det sker nu en snabb utveckling gällande välfärdsteknik, vi börjar också kunna använda AI i vårdverksamheten, är det viktigt att införandet går hand i hand med lagstiftning acceptans.

Några händelser har lett till att brist i kontroll vid anlitan av bemanningsföretag upptäcktes.

Händelserna ledde till att uppdraget för bemanningspersonal avslutades och genomgång av referenser sker nu grundligare.

Introduktion av ny personal och strategi för kompetensutveckling har beskrivits under avsnitt Adekvat kunskap och kompetens. Risker gällande patientsäkerhet kan upptäckas via riskanalyser, avvikelserapporter, klagomål och synpunkter. När händelseanalyser och utredningar görs identifieras risker som analyseras och förbättringsåtgärder kan vidtas.

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.



Avvikelser

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

Hantering av avvikelser beskrivs under rubriken säkra system. All vård- och omsorgspersonal ska ha kunskap om rutiner och arbetssätt för att rapportera händelser och risker som patienter och brukare utsätts för. Närmaste chef ansvarar för att en gång per år säkerställa att personalen har kunskap om avvikelshantering och rapportering om missförhållanden. Avvikelseystemet i sig är svårhanterat och främjar inte ett systematiskt kvalitetsarbete, vilket leder till att avvikelserna inte används till lärande och förbättringsåtgärder. Arbetet med avvikelser måste leda till ett proaktivt förhållningssätt för att minska risken för vårdskador och öka patientsäkerheten.

Klagomål och synpunkter, Lex Maria och Lex Sara

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

Via kommunens hemsida och ute i verksamheterna finns möjlighet att lämna klagomål och synpunkter. Dessa hanteras enligt rutin och utreds av berörd chef eller annan lämplig person. Klagomål och synpunkter, som kommer via Patientnämnden eller via IVO tas emot och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller verksamhetschef. Information om länk till patientnämnden finns på Ulricehamns kommuns hemsida. Under året har inget klagomål inkommit från Patientnämnden och ett klagomål via IVO. Sex klagomål, som har inkommit från närstående under året, har utretts/ utreds av MAS. Av dessa har ett resulterat i en Lex Maria-anmälan och två i en Lex Sara-anmälan till IVO. Det är också några avvikelser från det interna avvikelseystemet och från Medcontrol (avvikelseystemet som används i samverkan med andra vårdgivare), som lett till Lex Mariautredningar och anmälningar.

Det har skickats in totalt sex anmälningar enligt Lex Maria, fem enligt Lex Sara och ett personärende, gällande inhyrd personal, till IVO. I samtliga dessa utredningar har det konstaterats brister gällande bedömning, kommunikation och dokumentation. Det har beskrivits vilka åtgärder som behöver göras för att undvika liknande händelser. IVO har tagit beslut i fyra Lex Maria och en Lex Sara, där de konstaterat att kommunen dragit rätt slutsats och sätter in rätt åtgärder. Övriga är ännu inte slutsvarade från IVO.

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.

Genom Coronapandemin med tuffa restriktioner har kommunen fått praktisera krisledning och samverkan på alla nivåer för att finna strategier och arbetssätt för att hantera pandemin. Inom vård och omsorg har befintliga strukturer använts för att nå längst ut i verksamheterna med information och snabba omställningar. Coronapandemin har sannolikt ökat riskmedvetenheten och att en beredskap måste finnas för framtida liknande händelser. Lagerhållning av diverse utrustning är ett område som uppmärksammas och som regelbundet måste ses över för att kunna möta behov i eventuella framtida kriser.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Kvalitetsarbetet måste ses som lika viktigt som arbetet med ekonomiska frågor och följas upp lika ofta. Avvikelsearbetet måste tas på allvar och strategier tas fram för att avvikelser ska bli ett lärande och bidra till både trygghet, patientsäkerhet samt rättssäkerhet. Det har inför 2023 anställts en SAS (Socialt Ansvarig Samordnare), som kommer att arbeta med kvalitetsfrågor inom socialtjänsten.

En tydlig strategi behöver tas fram för att säkerställa rekrytering och behålla erfaren personal. En strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda är av yttersta vikt för att säkerställa en god och patientsäker vård. Kompetens och arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar behöver säkerställas. Sammanfattningsvis bör följande områden prioriteras för att säkerställa agerande för en god vård och hög patientsäkerhet:

- Säkerställa att strukturerade bedömningar enligt ViSam utförs vid förändrat hälsotillstånd hos patienter.
- Säkerställa att strukturerad kommunikation och information om patienters hälsotillstånd mellan personal, utförs enligt modellen SBAR.
- En utvärdering av arbetet med avvikelser, där även avvikelssystemet tas med i utvärderingen, behöver göras. Avvikelse måste leda till lärande och utveckling och i förlängningen till ett proaktivt arbetssätt för att minska antalet avvikande händelser.
- Behålla en god vårdhygienisk standard.
- Ta fram en lokal handlingsplan för hur den palliativa vården ska bedrivas.
- Ta fram en lokal handlingsplan för hur demensvården ska bedrivas.
- Kompetensplaner för sjuksköterskor utifrån verksamhetens behov.
- Strategi för rekrytering och introduktion av personal.
- Strategi för att kunna behålla erfaren personal.
- Loggkontroller och granskning av journalsystem måste göras enligt rutin
- Regelbundna uppföljningar av kvalitetsarbetet med kortare intervall