

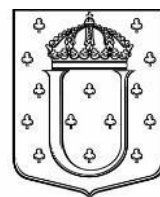
Patientsäkerhetsberättelse för Ulricehamns kommun År 2023



Datum- 2024-03-01

Ansvarig för innehållet Elvy Johansson MAS

Diarienummer 2024/156



ULRICEHAMNS
KOMMUN

Inledning

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 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
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Läkemedel:	14
Falltillbud:.....	14
Brukare skadar sig själv/ Fysiskt övergrepp:	14
Säker vård här och nu.....	20
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen måste vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att öppet redovisa strategier, mål och resultat för att förbättra patientsäkerheten, vilket främjar ökad transparens och ansvar gentemot patienter och andra intressenter.

Trots att avvikelshantering har varit ett prioriterat område, har antalet avvikelser ökat och andelen som inte är analyserade och slutförda ligger på samma nivå som tidigare. Det är viktigt att avvikande händelser identifieras och utreds för att främja en kultur av lärande och förbättringsarbete.

Den genomgångna Coronapandemin har ökat medvetenheten om vikten av proaktivt arbete. Verksamheten har kvalitetsregister som verktyg för att identifiera risker och behov av förebyggande arbete, men de behöver användas i större omfattning. Användandet av kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD har ökat sedan föregående år, registreringar i Palliativregistret har gått ner.

Antalet allvarliga missförhållanden och vårdskador som utreds har ökat sedan tidigare år. De bakomliggande orsaker som generellt identifieras i utredningarna är brist i omvårdnadskompetens, brist i bedömning och kommunikation samt brist i dokumentation. Hjälpmedel för bedömning och kommunikation, ViSam och SBAR, som infördes under föregående år har inte använts i tillräcklig utsträckning.

Kvalitetsarbetet måste ges samma prioritet som hanteringen av ekonomiska frågor. Anställningen av en SAS (Socialt Ansvarig Samordnare) för kvalitetsfrågor inom socialtjänsten är ett steg mot detta mål.

En tydlig strategi för rekrytering och för att behålla erfaren personal behöver utarbetas och genomföras. Det krävs även en strukturerad introduktion av nya medarbetare. Kompetens och arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar måste säkerställas.

Genom att fokusera på dessa områden och genomföra de nödvändiga åtgärderna kan den kommunala vården stärkas och patientsäkerheten förbättras. Det är av yttersta vikt att dessa åtgärder implementeras och att en kontinuerlig utvärdering sker för att säkerställa effektivitet och anpassning till föränderliga behov och omständigheter.

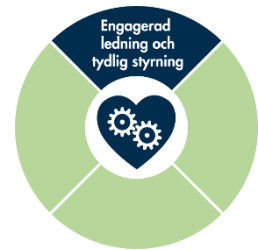
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

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, granska verksamhetens insatser, samt 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.

SAS (Socialt Ansvarig Samordnare)

Skall stödja verksamheterna att upprätthålla och utveckla kvalitén i enlighet skrivelserna i 3 kap 3 § socialtjänstlagen och 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

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 arbetsätt utifrån en hög patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetsätt. 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 smittskyddsgruppen 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. En vårdplaneringsfunktion i kommunen kommunicerar i begäran gällande sjukvårdsinsatser för personer som inte är anslutna till hemsjukvård, för personer som redan är anslutna till hemsjukvård kommunicerar legitimerad personal från den enhet personen hör till, vilket kommer att leda till att rapportering och kommunikation sker direkt mellan dem som har ansvar för patienten, för ökad patientsäkerhet. Biståndshandläggare kommunicerar gällande insatser enligt SOL eller LSS. 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. Arbetsättet att planering sker i en SIP här ännu inte fått något stort genomslag, men arbete pågår för att öka antalet SIP-ar, eftersom det ses som ett arbetsätt där samverkan skapar tydlighet och leder till förbättrad patientsäkerhet.

Under senare år har vikten av att avvikelshanteringen leder till ett lärande lyfts på både delregional och lokal nivå, så även 2023. 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.

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. Avvikelse 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, samt att insatser från olika vårdgivare skall ges utan att det blir skillnad i kvalitet för patienten, en sömlös vård. 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 för läkarmedverkan i den kommunala vården finns inte i nuläget, men ett arbete med beräkning av genomsnittliga tider pågår. Vårdcentralerna har periodvis haft svårt att följa överenskommelser om läkarmedverkan, vilket delvis resulterat i försenade årskontroller och uppföljningar i hemsjukvården.

Kommunen har också under 2022 haft tillsyn av IVO, som bland annat påpekade att läkemedelsgenomgångar och brytpunktssamtal inte utfördes i den utsträckning som förväntas. De hade även kritik gällande dokumentation, bedömningar och kompetens. Kritiken har besvarats och även kompletterande frågor har besvarats under 2023. Verksamheten tar till sig kritiken i vissa delar, brister som vi även ser i våra egna utredningar, men vi har också meddelat avvikande uppfattning i en del frågor, där vi är kritiska till genomförandet av granskningen.

Bättre följsamhet till riktlinjer för brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgångar har varit några av de områden vi fokuserat på i lokal samverkan med vårdcentralerna, som vi även kommer att ha fokus på under 2024.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

HSA-katalogen är en nationell plattform för styrning av behörigheter till system som har krav på behörighet och säker inloggning. MAS, som är ansvarig för HSA-katalogen, gör kontrollkörning av innehållet mot flera register varje månad, bland annat befolkningsregister och register med legitimationer, enligt fastställd rutin. Varje chef ansvarar för att beställningar och ändringar av behörigheter till verksamhetssystemet omgående rapporteras till systemförvaltare, som administrerar HSA-katalogen.

Under 2023 har en del av patientjournalen bytts ut till ett system där dokumentation sker i processer. Det har även lagts till en digital kalender för legitimerad personal. En konsekvens av förändringarna innebär att omvårdnadspersonal inte kunde hämta information från Hälso- och sjukvårdsjournalen, ett förhållande som är en risk för patientsäkerheten. Av den anledningen har journalen öppnats, med stöd i SVOD (Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation), en ny lag från 20230101, så att personal som har delegering att utföra Hälso- och sjukvårdsuppgifter även skall kunna läsa i Hälso- och sjukvårdsjournal för patienter de vårdar.

Loggkontroller skall utföras med stickprovskontroller, där man kontrollerar att medarbetaren endast loggat in i patientjournaler där man haft en pågående vårdrelation. Loggkontrollerna skall göras minst en gång per kvartal, men under 2022 och 2023 har det inte gjorts några loggkontroller. Struktur för loggkontroller och dokumentation av kontrollerna har nu skapats, rutinen är uppdaterad för att anpassa lokala rutiner till gällande lagkrav. Loggkontroller kommer att göras fem gånger per år, med start 2024.

Under 2023 har strukturerad journalgranskning genomförts enligt rutin. I samband med utredningar av vårdskador eller risk för vårdskador ingår journalgranskning. Dessa granskningar visar att det finns områden inom dokumentationen där vi behöver lägga mer fokus och öka kunskapen.

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 fortfarande brister. Kunskap från inträffade händelser har inte använts i tillräcklig utsträckning för att skapa en god säkerhetskultur, eftersom händelser har uppreplats.



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. Eftersom Teamarbete är viktigt i verksamheten, innebär varje byte av medlem i Teamet ett avbrott i arbetet och en omstart för Teamet.

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 finnas. Introduktion för personal behöver utvärderas och revideras för att ge en bra start och för att kunna behålla personal.

Det har blivit allt svårare att rekrytera vårdpersonal med rätt utbildning. Över tid har andelen ny personal som inte har undersköterskekompetens ökat, det gäller även att det är färre av sjuksköterskorna som har



Distriktssjuksköterskeutbildning eller Äldresjuksköterskeutbildning, tilläggsutbildningar till den grundläggande sjuksköterskeutbildningen, viktiga i hemsjukvården.

Det pågår arbete med att identifiera behov av kompetenshöjning i de olika verksamheterna, liksom att ge en mer omfattande introduktion till ny personal. Med tanke på svårigheterna att rekrytera utbildad personal, måste kompetensen ges och säkras inom verksamheten.

Trots personalrörlighet bedrivs en i många delar god vård av engagerad personal. De brister som uppdagas 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 handlar det om avsaknad av rutiner eller att rutiner inte är kända, 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.

I delar av verksamheten saknas kompetensutvecklingsplan. Kompetensutvecklingsplanen måste utgå från verksamhetens behov av kompetens och kunskap för att kunna möta alltmer vårdkrävande patienter. Sjuksköterskeenheten har börjat ha professionsmöten under 2023, för att kompetensutveckla, arbeta med rutiner och arbetsätt. Gruppen har även fått utbildning av ambulanspersonal i att göra bedömningar och några möten har ägnats åt diskussioner och patientfall gällande Palliativ vård. Fyra sjuksköterskor har fått en tredagarsutbildning i demensvård.

De tidigare nämnda förändringarna i Hälso- och sjukvårdsjournalen medförde ett utbildningsbehov. Alla legitimerade har fått utbildning och tid för att föra över dokumentation till den nya journaldelen.

Utbildningarna för delegering och lyftteknik, för omvårdnadspersonal är ständigt återkommande. En grupp utan undersköterskeutbildning går äldreomsorgslyftet, för att få undersköterskeexamen.

All vård och omsorgspersonal har tidigare fått information om S-BAR, en struktur för rapportering och kommunikation, men arbetet för en god kommunikation måste pågå fortlöpande. Enheterna har också 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, men personalen behöver även utbildning i att använda utrustningen.

Alla medarbetare på Lövbacka korttidsverksamhet haft utbildning i autism, intellektuella funktionsnedsättningar, utmanande beteenden och lågaffektivt bemötande

Kommunen har initierat ett arbete med utbildning för dem som är språksvaga, där det utbildats ett antal språkbud, som skall ha en stöttande funktion. En språkutbildning har startats i samarbete med vuxenskolan, för den som behöver lära sig vårdens språk på svenska. Utbildningen är 2 h/vecka i 20 veckor, den är frivillig och den är efterfrågad. Flera av dem som nu går utbildningen önskar nu att gå vidare till undersköterskeutbildning.

All personal får regelbundet brandutbildning och HLR-utbildning enligt plan.

Ledarskap för hemsjukvården

En större organisationsförändring inom hemsjukvården slutfördes under 2023

En av tre enhetschefer för hemsjukvården slutade under 2022 och ny chef var på plats i januari 2023.

Det har även skett byte av verksamhetschef för Hemsjukvård hemtjänst i januari 2023.

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 vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



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 vårdprocesser, i den dagliga vården och omsorgen samt vid utredning av avvikelser och klagomål. Vården skall vara personcentrerad.

Struktur för samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal är en viktig faktor i en personcentrerad vård. Denna samverkan finns, men kan förbättras exempelvis genom att kommunikationen blir mer strukturerad och patienter och närstående kan bli mer involverade i planering av vården.

Kommunen har en funktion med särskilt anhörigstöd, som stöttar anhöriga både individuellt och i grupp. I uppgiften ingår även att sprida kunskap om anhöriga som en viktig resurs i vården och vikten av att de kan få information och vara delaktiga.

Det är viktigt att anhöriga blir lyssnade på och att eventuella klagomål tas om hand, utreds och återkopplas.

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.

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. Under 2023 har 12 händelser utretts som vårdskada eller risk för vårdskada. Av dessa har nio bedömts som allvarliga och skickats till IVO enligt Lex Maria, en utredning begärdes av IVO efter att de fått in ett klagomål och två bedömdes som vårdskador men inte som allvarlig vårdskada. Fem av anmälda Lex Maria har IVO, efter kompletteringar, avslutat med att de är nöjda med den utredning som gjorts tillsammans med åtgärder som föreslagits. Ytterligare nio utredningar pågår av händelser från 2023, som pekar mot vårdskada eller allvarlig vårdskada.

En avvikelse gällande hjälpmedel har av MAR rapporterats till Läkemedelsverket och skickats till hjälpmedelscentralen för utredning.

SAS utreder de händelser där det kan röra sig om allvarliga missförhållanden. Det har skrivits nio rapporter gällande missförhållanden som utretts enligt Lex Sarah. Tre av dessa har skickats till IVO för bedömning.

Gemensamt i de utredningar som gjorts är att det konstateras brist i kompetens, att rutiner inte följts, bristande kommunikation och dokumentation som bidragande orsaker till de händelser och förhållanden som utreds. Inom dessa områden behöver ledningen säkra upp en högre kompetens.

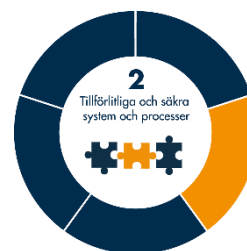
Flera av arbetsprocesserna för en hög patientsäkerhet skall vara ständigt pågående förbättringsarbeten. Mycket fokus har på senare år riktats mot hygienaspekten, med tanke på Covid, men fler arbetsområden i vården måste få större fokus under 2024. Egenkontroller skall genomföras inom bland annat läkemedelshandling och hygien, men har gjorts i mindre omfattning eller inte alls under 2023 med hänvisning till hög arbetsbelastning i verksamheten.

Det pågår ett arbete att sammanställa kunskapen om de bristområden som framkommit i utredningar av Lex Maria. Det är av största vikt att utredningar leder till ett proaktivt förhållningssätt i ledarskap, för att minska antalet händelser gällande missförhållanden och vårdskador.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Processer för att identifiera risker för patienter, både risker som följer av nedsatt hälsa och risker i omvårdnadsarbetet måste också bli en normalitet, för att öka patientsäkerheten. I följande avsnitt beskrivs några av de system som används för att öka patientsäkerheten.



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 4811 avvikelserna är 35 % inte öppnade alternativt inte slutförda, vilket leder till att arbetet inte leder till ett lärande utan enbart en statistikfunktion för en stor del av avvikelserna. Av de slutförda avvikelserna saknas utredning av orsak i ett stort antal 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 fått någon stor inverkan på patientsäkerhetsarbetet. 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	2023	2022	2021
Läkemedel	1806	1748	1338
Falltillbud	2262	1992	1724
Trycksår	7	8	19
Socialtjänst/LSS myndighetsutövning	17	33	50
Socialtjänst/LSS utförare	178	175	196
Missförhållande – ekonomisk oegentlighet	2	0	2
Missförhållande – fysiskt övergrepp	63	80	4
Missförhållande – psykiskt övergrepp	23	22	4
Missförhållande – sexuellt övergrepp	21	0	3
Brukare skadar/hotar skada sig själv eller annan	26	26	75
Brist i skydd för barn, unga och missbrukare	1	5	3
Ej personrelaterat /utrustning, teknik, miljö	127	116	118
Informationssäkerhet	85	95	80
Brist behandling träning	74		
Övriga	122	284	237
Totalt	4814	4584	3853

Läkemedel: Avvikelser gällande läkemedelshantering rör sig i första hand om att patienter inte fått ordinerad dos, det gäller 1033 avvikelser, vilket är en hög siffra. Siffran för 2022 var 1067 missade doser. Förhoppningen var att antalet missade doser skulle gå ner betydligt mer, med tanke på att verksamheten under 2023 använt digitala signeringslistor via mobiltelefonen, där insatser som inte utförts markeras med rött. Antalet skall dock ses i ljuset av att det delas ut i genomsnitt 467 200 doser till 640 patienter på ett år. Vid några tillfällen har en patient fått en annan patients läkemedel, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Detta har lett till utredningar och i några fall anmälan enligt Lex Maria. Det finns rutin för en säker läkemedelshantering, som i dessa fall inte följts.

Brist gällande narkotiska läkemedel utgör 265 avvikelser, vanligtvis är det enstaka doser som saknas, och kan förklaras med en miss att registrera given dos, men det har även konstaterats vid ett flertal tillfällen att det handlar om stöld, vilket utretts och i vissa tillfällen polisanmälts. Motsvarande siffra för brist narkotiska läkemedel 2022 var 172 tillfällen. Det är denna kategori som är orsak till att totala antalet läkemedelsavvikelser ökat sedan 2022. Mycket har under 2023 gjorts för att komma till rätta med stölderna, läkemedelsskåp har bytts ut till skåp med lås som registrerar vem som öppnar. När det konstateras på en enhet att narkotika försvunnit sätts dubbelsignering in, det vill säga att det måste vara två personal som signerar när narkotiska läkemedel hämtas i skåpet. Extra kontroller görs mer frekvent där svinn skett, för att kunna ringa in hur och när narkotikan försvunnit.

Falltillbud: Antalet fall har ökat även under 2023. Analys av orsak och förebyggande åtgärder måste prioriteras. Ett verktyg för analys av fallrisk är Senior Alert, som kan användas i större utsträckning än vad som görs. Det måste framöver läggas mer fokus på förebyggande åtgärder.

Brukare skadar sig själv/ Fysiskt övergrepp: Kategorin vårdtagare skadar eller hotar att skada sig själv har gått ner sedan 2021, 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 patienter.

Missförhållande – sexuellt övergrepp har ökat från 0 2022 till 18 2023. Det borde endast varit några av dessa som registrerats, eftersom det i de flesta fall är personal som utsatts för kommentar eller handling, vilket då skall registreras som KIA. Det är i huvudsak en enskild vårdtagare som varit aktiv i dessa händelser.

Informationssäkerhet är i de flesta registreringar inte använt korrekt, eftersom avvikelserna har använts när det t.ex. saknas rapport eller dokument, medan innebörden i begreppet är händelse som bryter mot GDPR.

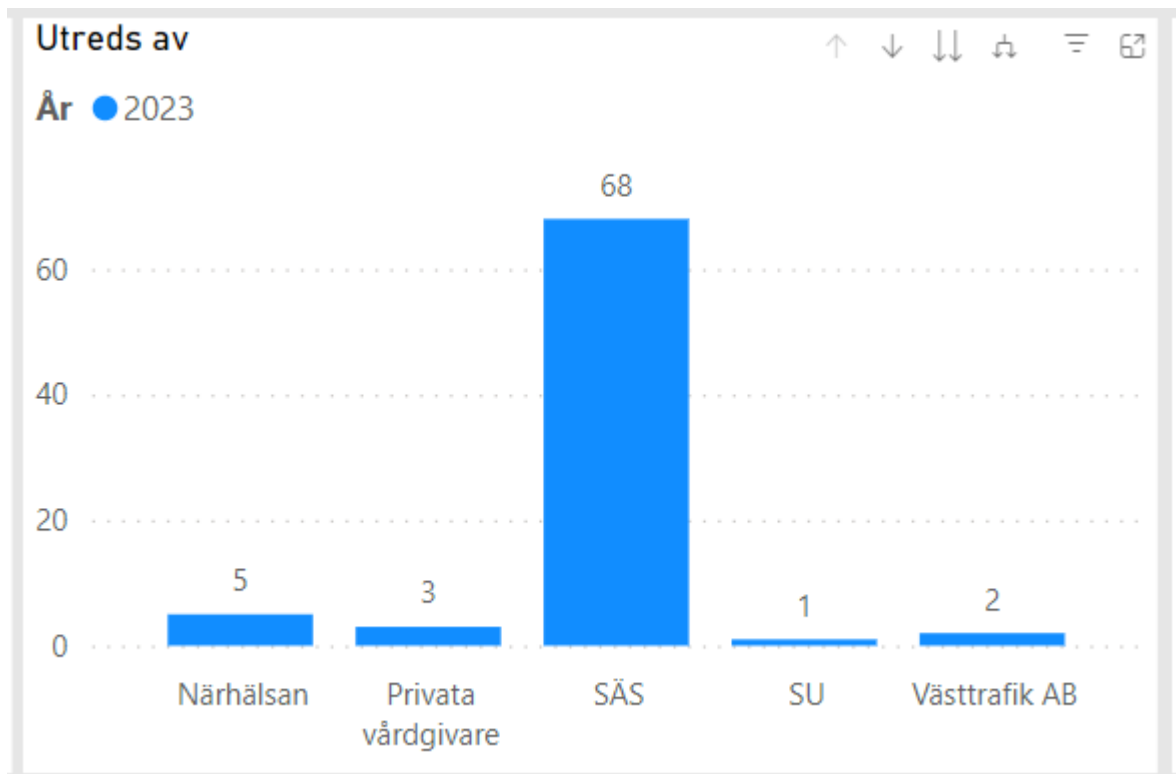
Det behöver skapas information om vad de olika rubrikerna innebär. Personal och chefer behöver få bättre kunskap om avvikelshantering.

Avvikelse i Närvårdssamverkan

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

Kommunen har hanterat 95 avvikelser i vårdssamverkan. Av dessa har 79 rapporterats från kommunen till andra vårdgivare. 16 avvikelser har rapporterats från andra vårdgivare till kommunen.

Avvikelse handlar till 75 % om informationsöverföring och kommunikation, men det finns även avvikelser gällande avsaknad av medskickade läkemedel, avsaknad av ordinationer och brist i bemötande.



Bedömningsstöd - och kommunikation mellan vårdpersonal

Vid utredning av inträffade avvikelser har under de senaste åren 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.

Sjuksköterskegruppen fick under 2023 utbildning i att göra bedömningar och användning av ViSam av utbildare från ambulanssjukvården.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering av arbetsuppgifter sker sedan ett år med teoretisk utbildning och praktisk genomgång på respektive enhet. Ett arbetssätt som behöver utvärderas.

Delegeringar av Hälso- och sjukvårdsuppgifter följs upp minst varje år.

Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård reviderades 2017 men den gemensamma handlingsplanen mellan kommunen och vårdcentralerna är inte reviderad efter det och är heller inte formaliserad gällande ansvar. Skapande av en gemensam handlingsplan pågår.

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 två egna certifierade utbildare för arbetssättet. Ca 200 av personalen har nu fått administratörsutbildning för att kunna leda detta arbete. Idag finns 82 administratörer som är aktiverade i BPSD registret, fördelat bland legitimerad personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Ytterligare 70 personal är utbildade men inaktiva i registret. 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 2023 har gjorts 62 bedömningar.

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. Under 2023 har även flera av låsen till enheternas läkemedelsrum bytts ut till lås som öppnas med tagg och är loggningsbara. Syftet med digitala lås är en säker förvaring, att enbart behörig personal ska ha tillgång till läkemedlen samt att kunna spärra 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

En ny modell för dokumentation i patientjournalen har införts under våren 2023. 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.

Inför förändringen gjordes en egengranskning av patientjournal. Tanken är att egengranskningen skall vara årligen återkommande, och det som följs är till exempel att det går att följa förlopp i journalen, att patientens målsättning är dokumenterad m.m. Förhoppningen är att dokumentationen skall vara bättre när det gäller dessa aspekter efter övergång till att dokumentera i processer.

I samband med införandet av Hälsoärendet försvann omvårdnadspersonalens möjlighet att läsa information gällande patientens vård ur patientjournal. Det finns enligt den nya lagen från 230101 Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (SVOD) nu möjlighet att under vissa förutsättningar öppna läsbehörigheten för den personal som vårdar en person. Med hänvisning till denna lag påbörjades de steg som behövdes för att öppna läsbehörigheten under våren 2023 och öppnandet av journal påbörjades hösten 2023.

Loggkontroller och granskning av journalsystem måste göras enligt rutin, minst fem gånger per år.

Munhälsa

Nödvändig tandvård

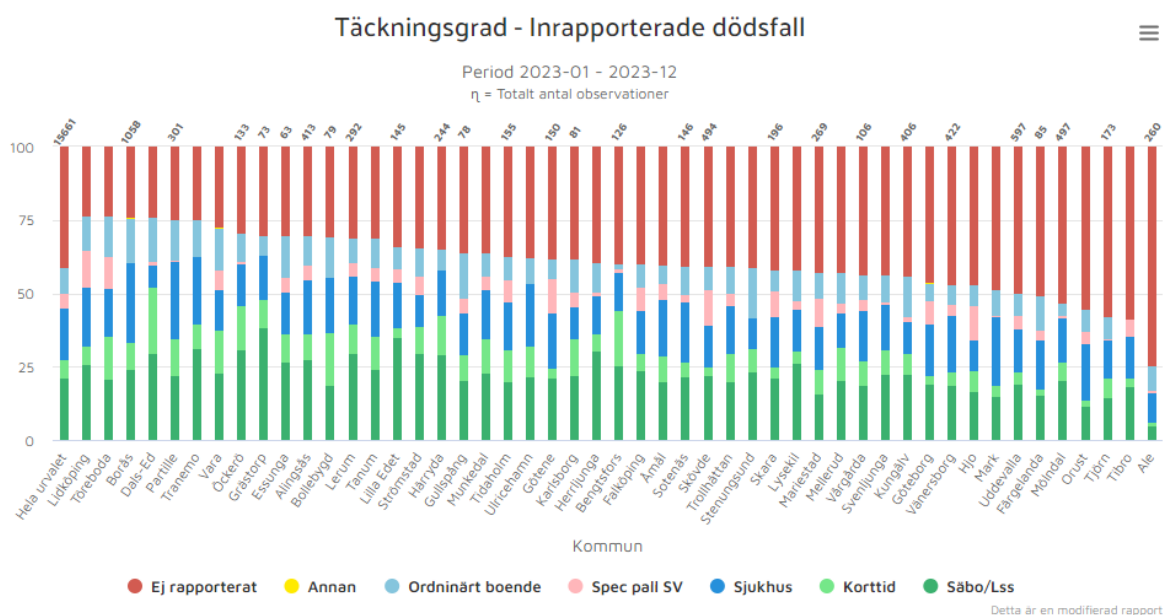
Vård och omsorgstagare med omfattande vårdbehov, samt personer med demensdiagnos, och vissa andra grupper, har rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård). Det innebär att personen blir erbjuden en årlig munhälsobedömning av tandhygienist och att patientavgiften för tandläkarbesök är samma som för övrig regional hälso- och sjukvård, samt ingår i högkostnadsskyddet. Sjuksköterska eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget. Under 2023 har totalt 483 personer haft intyg om rätt till

nödvändig tandvård i Ulricehamns kommun. Av dessa tackade 287 ja till munvårdsbedömning och 350 munvårdsbedömningar genomfördes.

Palliativ vård - Palliativregistret

Nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd för Palliativ vård 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 har verksamheterna jobbat extra med kompetens kring Palliativ vård. För sjuksköterskorna har det vid flera träffar arbetats med reflektion, information och patientfall. Omvårdnadspersonal har sett ett webbaserat utbildningsmaterial med pauser för reflektion.

Ett nationellt mål är att 100%, men minst 70% av inträffade dödsfall ska registreras oavsett var dödsfallet sker. Under 2021 registrerades 75% och 2022 registrerades 71,5 % av dödsfallen i Ulricehamns kommun i Palliativregistret. För 2023 är siffran 63%. I tabellen nedan ses resultatet för Västra Götalandsregionens kommuner.

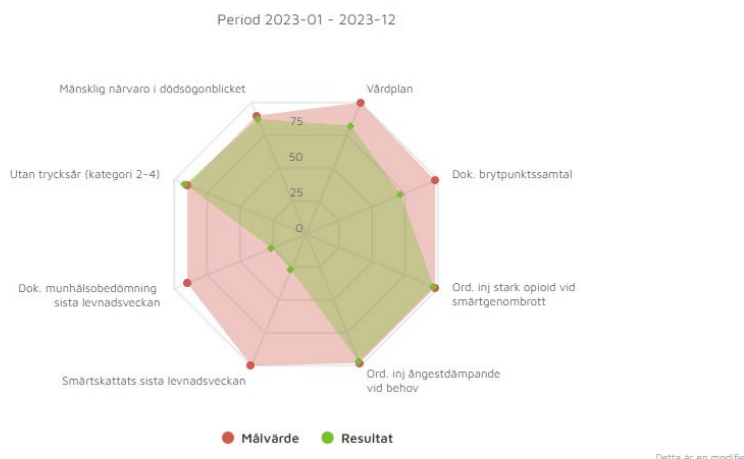


Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och måltal för palliativ vård

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. Det går också att ta del av närståendes beskrivning av vården i livets slutskede, eftersom de kan erbjudas att logga in i registret och svara på frågor om vårdtiden i livets slut för sin anhörig. Den möjligheten har inte praktiserats i Ulricehamns kommun ännu.

Statistik från Palliativregistret visar att den palliativa vården i Ulricehamns kommun i vissa delar är nära registrets uppsatta mål, ex. när det gäller att det skall finna 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



Kvalitetsindikator	Resultat 2023	Resultat 2022	Målvärde
Vårdplan	82	-	100
Dokumenterat brytpunktssamtal	72	81	98
Ordinerad stark opioid vid smärtgenombrott	97	95	98
Ordinerad ångestdämpande vid behov	97	95	98
Smärtskattas sista levnadsvecka	27	17	100
Dok munhälsobedömning sista levnadsvecka	26	31	90
Utan trycksår (kategori 2-4)	92	86	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88	81	90

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.

Coronapandemin de senaste åren ha visat vikten av att följa basala hygienrutiner, men det krävs fortlöpande arbete med påminnelser om rutiner och regelbundna utbildningsinsatser för att verksamheten skall behålla en hög standard för att förhindra smittspridning av virus, ex Covid, influensa och kräksjuka. Samverkan med vårdhygieniska enheten och smittskydds enheten inom regionen har varit tät för att säkra och anpassa rutiner. Vi har haft några utbrott av Covid och vinterkräksjuka på några enheter. 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 antigenprovtagning, för att upptäcka och begränsa smitta.

I samband med utbrott och snabb spridning av Covid och kräksjuka uppdagades det att städning i vårdlokaler utfördes med avjoniserat vatten i stället för rengöringsmedel, vilket vårdhygieniska enheten avrått ifrån. Metoden har inte heller verifierats i vetenskapliga studier. Städningen sker nu åter med traditionella rengöringsmedel.

Vaccination mot Covid19 till hemsjukvårdens patienter har fortsatt enligt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. En stor andel av kommunens patienter, och i vissa fall medboende, har kunnat vaccineras med påfyllnadsdos av Covidvaccin under året. Alla sköra äldre har erbjudits påfyllnadsdoser. Likaså har de som tackat ja fått influensavaccination under slutet av året. Kommunen saknar i nuläget system för registrering av vaccinationer, vilket innebär att vi inte kan redovisa någon statistik för hur många som vaccinerats. Registrering görs av vårdcentralerna med hjälp av deras journalsystem, för inrapportering till Nationellt vaccinationsregister.

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 har diskdesinfektor, alternativt att engångsmaterial används.

Vårdhygieniska enheten har genomfört en hygienrond utifrån fastställt protokoll och egenkontroller görs på enheterna av hygienombud, där uppdagade brister också åtgärdas.

Vårdprevention - Senior Alert

Att arbeta förebyggande med proaktiva åtgärder är viktigt 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 till 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.

Det finns studier som indikerar att äldre personer, framförallt med demensdiagnos, är känsliga för till exempel psykofarmaka och blodtryckssänkande läkemedel, vilket ändå ofta förskrivs till dessa patientgrupper. För äldre personer som kommer till akutvården efter att ha fallit, är undernäring eller övermedicinering ofta en misstänkt bakomliggande orsak till fallet. Äldre personer som drabbas av fraktur får ofta ett försämrat hälsoläge efter frakturen. En slutsats av denna samlade kunskap är att ett proaktivt arbetssätt, där risk för undernäring och övermedicinering identifieras och åtgärdas skulle bespara personerna frakturer, som medför risk för nedsatt hälsa och försämrad livskvalitet. För kommunen skulle ett förebyggande arbete innebära minskade behov av vård och det skulle bli minskade kostnader för den regionala vården.

Sverige / Kommun / Region		År	Typ av enhet		Exportera till Excel					
Ulricehamns kommun		2023	Alla							
Vårdprevention										
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
	267	95% 275 av 291	76% 208 av 275	80% 221 av 275	48% 81 av 128	73 47 personer	93 personer	14 8 personer	113 personer	

Resultat visar att 267 personer haft en aktuell riskbedömning under 2023, en ökning med 62 personer från 2022. Ökning av bedömda personer har skett för boende på VÅBO (Vårdboende), men även i Hemtjänst, där antalet bedömningar ökat från 4 bedömningar 2022 till 48 bedömningar 2023. Alla patienter har ännu inte bedömts, men siffrorna visar att implementering av Senior Alert som arbetssätt i hemtjänst har tagit ett stort steg.

Resultatet visar att risker upptäcks hos en stor del av dem som riskbedöms, 95%. Av dem som fått en bedömning utförd hade 93 personer BMI <22, (undervikt för äldre personer), 113 personer hade risk för ohälsa i munnen grad 2, vilket betyder att det är någon form av omvårdnadsåtgärd i munnen som behövs.

Vårdprevention – den samlade bilden

Många av de personer som är anslutna till Hemsjukvården är sköra. Av den anledningen är det angeläget att upptäcka risker så tidigt som möjligt, för att kunna förebygga.

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.

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

Hälsa- 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.

Med tanke på utveckling och behov av ny teknik inom vården, speciellt med tanke på att teknik kommer att behöva ersätta personal när personalen inte räcker till för en större skara äldre personer i behov av vård, är det av största vikt att göra riskbedömningar och skapa rutiner när ny teknik införs.

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.

Några händelser de senaste åren har lett till att brist i kontroll vid anlitan av bemanningsföretag upptäcktes. Händelserna har lett till att uppdraget för bemanningspersonal avslutats 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.

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) gjorde under 2020 en granskning av vård och dokumentation på Vårdboende. De hade kritik på ett flertal punkter. Några punkter berodde på att deras metod för granskning inte kunde läsa av vårt journalsystem, men andra på andra punkter var kritiken berättigad, exempelvis när det gällde brytpunktssamtal och läkarkontakter i vård vid livets slut, att för mycket av bedömningar hanterades av utbildad personal m.m. Under 2023 har vi



diskuterat kritiken och våra arbetssätt inom verksamheterna och med vårdcentralerna, eftersom vissa av frågorna är ett gemensamt ansvar, och vi har redovisat åtgärder till IVO.

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 bidrar 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

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 (MAS), Socialt Ansvarig Samordnare (SAS) 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.

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 medvetenheten 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. Det är viktigt att ha rutiner för kontroll och användande av omsättningen i det lagerhållna, så att allt är användbart i en krissituation.

Vi behöver även säkra upp hur läkemedel kan erhållas vid bristsituationer och kriser, som påverkas av omständigheter utanför vår kommun. Det pågår diskussioner och ett arbete för krisberedskap både inom kommunen, i MAS-nätverket för Södra Älvsborg och nationellt i denna fråga.

Vi har också sett rapporter och fått erfara att digitala system kan vara föremål för attacker, vilket innebär att vi måste skapa beredskapsplaner och alternativ till den digitala tekniken när den inte fungerar.



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.

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. Avvikelser 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 palliativ 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.
- Regelbundna uppföljningar av kvalitetsarbetet flera gånger årligen