

Patientsäkerhetsberättelse

För Socialnämnden

Gnesta kommun

2022



Datum: 20230224

Ansvarig för innehåll:

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: SN.2023.24

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
BILAGA 1. Internkontrollplan 2022	23
BILAGA 2. Internkontrollplan 2023	24
BILAGA 3. Avvikelsestatistik	26
BILAGA 4. Redovisning av resultat i Senior Alert.	27
BILAGA 5. Redovisning av resultat i Palliativregistret.....	28
BILAGA 6. Statistik utskrivningsklara/dagar slutenvård.....	29

SAMMANFATTNING

Under 2022 har samhället i stort återgått till den vardag som var innan pandemin kopplat till restriktioner som dragits tillbaka. Förvaltningens verksamheter har fortsatt påverkats och haft restriktioner kvar utifrån gällande hälso- och sjukvårdsdirektiv. Mycket tid för hälso- och sjukvårdspersonal har fortsatt gått till pandemiarbete såsom vaccinering och smittspårning. Utifrån pandemin som pågått under flera år har kvalitetsarbetet påverkats, under 2022 har förvaltningen arbetat med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra medborgare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2022.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Nytt digitalt verksamhetssystem (journalssystem) utifrån Socialstyrelsens rekommendation av nationellt fackspråk, systemet är uppbyggt i processer
- Strukturerad terminologi och frastexter uppbyggt via ICF och KVÅ - i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation i journalssystemet
- Framtagande av journalgranskningsmallar
- Utifrån Länsövergripande avtal tagit fram ny lokal överenskommelse med tillhörande bilagor gällande läkarsamverkan primärvårdsnivå.
- Omfattande revidering av material tillhörande: Delegeringsförfarandet
- Deltagit i PPM BHK (punktprevalensmätning för basala kläd- och hygienregler) nationell mätning
- Arbete med SKR Analysverktyg för systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Framtagande av årshjul för patientsäkerhet
- Framtagande av ny internkontrolls plan som svarar upp mot det systematiskt patientsäkerhetsarbete

En blick framåt

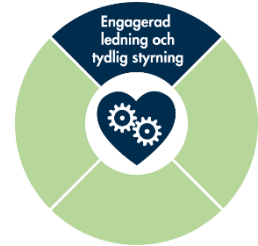
- Framtagande av lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan
- Implementering av internkontrollsplan
- Utökad andelen egenkontroller - utifrån internkontrollsplan.
- Utveckla och starta ett kliniskt tränings centrum [KTC] i förvaltningens regi
- Framtagande av handlingsplan för palliativ vård
- Ökat användande av evidensbaserade och vedertagna modeller som förespråkas av Sveriges kommuner och regioner [SKR] och Socialstyrelsen, som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Uppstart av digitalt system: MittVaccin
- Fortsatt arbete med omställningen till Nära Vård genom aktiviteter i våra verksamheter
- Framtagande av lokal läkemedelsrutin

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Strukturen av patientsäkerhetsberättelsen kommer följa denna modell (se sid 2. för en helhetsbild).

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 §

Kommunfullmäktige har nio inriktningsmål som utgör grunden för Socialnämndens mål. Ett av dessa mål är inriktade mot hälso- och sjukvård, patientsäkerhet.

Kommunfullmäktiges mål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet – Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.

Socialnämndens mål: Socialnämndens sociala omsorg stödjer den enskildes möjligheter till en trygg och meningsfull tillvaro.

Socialförvaltningens patientsäkerhetsmål: Säker vård med mätbara delmål för ökad kvalitet och stärkt patientsäkerhet.

Mål och strategier för patientsäkerhet fanns inte för 2021 utan togs fram med uppstart 2022. Socialförvaltningen har utifrån det övergripande patientsäkerhetsmålet tagit fram delmål (för 2022 till 2024) som verksamheten har arbetat med under året. Delmålen togs fram utifrån de brister som tydliggjordes i Patientsäkerhetsberättelsen för 2021. Socialnämnd har följt arbetet med delmål via Patientsäkerhetsrapporter som presenterats i maj och oktober i nämnd. Arbetet kring mål och målformulering och struktur kommer att utvecklas och förändras kommande år för att följa den nationella riktningen, nämnd och förvaltningens styrande dokument (se sid 22).

Nedan följer en schematisk översikt över Socialförvaltningens delmål gällande patientsäkerhet och en kort redogörelse för hur arbetet har fortlöpt. Att beakta är att delmålen planerades att sträcka sig över en 3 årsperiod med uppstart 2022.

Delmål	Analys/Beskrivning
Lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan	Förarbete har gjorts under året för att under våren 2023 ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet, med mål att vara färdigställt till höst 2023.
PPM extern mätning BHK	2022 var första gången förvaltningen deltog i den nationella PPM mätningen gällande BHK, glädjande att kommunen nu deltar i externa mätningar och något som ska fortsätta övertid.
Kompetenshöjandeinsatser, kompetensinventering, internutbildning, webbutbildningar	Kompetensinventering har skett på enhetsnivå. Uppstart gällande vedertagna webbutbildningar rekommenderade av Socialstyrelsen, flertalet sjuksköterskor har pågående specialistutbildningar. Nytt delegeringsutbildningsmaterial har tagits fram intern för förvaltningen. Behov av ett kliniskt träningscentrum har framkommit.

Delmål	Analys/Beskrivning
Strukturerat arbete med kvalitetsregister	Arbetet har fortsatt fått stå tillbaka kopplat till pandemiarbete som pågått (vaccinationer som tagit mkt av sjuksköterskornas tid) Något som förvaltningen kommer att arbeta vidare med under 2023 via framtagna strukturella former.
SKR analysverktyg - systematiskt patientsäkerhetsarbete	Analys genomförd höst/vinter 2022. Tydlig nulägesbild på utvecklingsområden finns som grund till handlingsplan för patientsäkerhet i enlighet med SKR och Socialstyrelsens rekommendationer.
Revideringsarbete rutiner HSL	Det är ett fortgående arbete. Översyn/kartläggning av Hälso- och sjukvårdsenhet tillsammans med MAS är utfört 2022, prioriteringsordning framtagen HT 2022. Arbetet fortgår under 2023 med framtagande av dokument där behov föreligger.
Teamkonferens	Fortsatt implementeringsarbete och samverkan i verksamheterna utifrån framtagen rutin av HSE. Mätbara mål på enhetsnivå behöver tas fram av respektive enhetschef under 2023, samt att alla enheter följer samma struktur för träffen.
Förbättrad avvikelshantering	Hantering av avvikelser har förbättrats under 2022, på enheterna fortsatt arbetet kring uppföljning och utvärdering under kommande. Se ytterligare information under avsnitt Avvikelser sid. 19.
Lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument	Under 2022 har kartläggning utförts av nuläge, där uppdragades att det inte fanns några rutiner kopplat till ämnet. En struktur för vidare arbete har tagits fram, ett analysarbete för att skapa en demensvårdsprocess har utförts, där även närstående har varit delaktiga i arbetet. Materialet kommer att tillhöra framtida Äldreomsorgsplan som tas fram under 2023.

Organisation och ansvar

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

Styrdokument - Vuxen- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Gnesta kommun är i behov av revidering. Utifrån att: Vuxen- och omsorgsnämnden har bytt namn till Socialnämnden samt att organisatoriska förutsättningar förändrats. Styrdokumentet för organisationens struktur hänvisar till planer som inte upprättas eller används idag. Nedan följer en presentation av olika rollers funktion och ansvar.

Gnesta kommun är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen [HSL]. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vuxen och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschef/socialchef

Socialchef har det övergripande ansvaret på förvaltningsnivå för att planera, leda, samordna och utveckla organisationen.

Verksamhetschef

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att vårdtagare och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Verksamhetschef svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp. Verksamhetschef ska även samverka med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska [MAS].

Enhetschef

Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Enhetschef svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till Verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Består av sjuksköterskor, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje vårdtagare. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal

Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska [MAS]

I förvaltningen finns det en medicinskt ansvarig sjuksköterska, i befattningen ingår även uppdraget MAR - medicinskt ansvarig för rehabilitering. MAS/MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar inom Socialförvaltningens ansvarsområden gällande hälso- och sjukvård. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett särskilt medicinskt ansvar för att vårdtagare får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, samt att utarbeta riktlinjer inom området. MAS rapporterar avvikelser en gång om året till Socialnämnden.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare i primärvård har gentemot vårdtagaren ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheterna och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamheten samarbetar med Vårdcentralen Gnesta samt den privata Vårdcentralen Frösjö.

Kvalitetsutvecklare

I kommunen finns ett kvalitetsteam (VUT) med en kvalitetsansvarig. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsteam. Kvalitetsansvarig för den yttersta kontakten med IVO vid behov. MAS funktion ingår i kvalitetsteam.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Samverkan i förvaltningens verksamheter

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. Det har fungerat till stor del på våra särskilda boenden. Samverkan behöver utvecklas och stärkas mellan våra olika funktioner inom förvaltningen, då det förekommer brister i samarbetet mellan de olika personalenheterna. Systemet

kommunal hälso- och sjukvård bygger på att samverkan fungerar för att vi ska kunna ge god vård till våra vårdtagare med upprätthållen patientsäkerhet.

Samverkan lokal Primärvård

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av fastställd läkarsamverkan/rond en dag per vecka samt möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov.

Samarbete med den Regionala Vårdcentralen behöver stärkas och utvecklas, ett av dessa områden är avsatt tid för läkarsamverkan i tillräckligt stor utsträckning.

Övrig samverkan för att förebygga vårdskador och stärkt patientsäkerhet:

Roll/Samverkan:	Syfte:
Gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård [NSV].	Regionen och länets 9 kommuner har genom denna nämnd gemensamt arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte.
Samverkan inom primärvård	Samverkansforum mellan kommunernas MAS/MAR, läkare och verksamhetschefer från primärvården i södra länsdelen och Hälsöval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är gemensamma frågeställningar som rör närvårdssamverkan och patientsäkerhet.
Läkarmedverkan	Uppföljning läkarmedverkansavtal - uppföljning av läkarmedverkansavtalet har skett 1 ggr årligen. Medverkar gör: enhetschef för legitimerad personal, MAS samt verksamhetschef och läkare från ansvarig vårdcentral. I och med revidering av samverkansavtal kommer uppföljning ske 2ggr/år from 2023.
Patientsäkerhetsrond/Patientsäkerhetsdialog	Gnesta kommun har deltagit i ett projekt med Region Sörmland med utveckling av patientsäkerhetsrond/dialog på SÄBO för äldre. Syftet med dessa ronder är att titta på hur patientsäkerheten tillgodoses för dessa patienter. Under 2022 har en sådan rond/dialog skett på ett av kommunens boenden men tanken är att det i framtiden skall göras på samtliga boenden i länet.
Vårdhygien, Region Sörmland	Gnesta kommun har med övriga kommuner i Sörmland ett ramavtal med Regionens Vårdhygien gällande stöd i vårdhygieniska frågor. Under 2022 har utbildningar i b.la basala hygienrutiner hållits av personal från Vårdhygien för chefer och hygienombud i socialförvaltningens vårdverksamheter. MAS/MAR har under året haft regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren gällande frågor som rör Covid -19 samt vaccinering.
Utskrivningsprocess från slutenvård	För utskrivningsprocessen från slutenvård till kommunal vård finns en samverkansriktlinje mellan huvudmännen för att ge stöd i processen. Denna riktlinje är under omarbetning av representanter från både kommuner och Region Sörmland. I utskrivningsprocessen används Prator som är ett digitalt system för överrapportering mellan slutenvård och kommuner för hälso- och sjukvårdspersonal samt biståndshandläggare. För uppföljning gällande utskrivningsprocessen har hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare i Gnesta kommun regelbundna samverkansmöten. Mötets syfte är att säkerställa att patientens övergång mellan slutenvård och öppenvård blir så säker som möjligt och att de rutiner som finns framtagna följs. På mötet kan även eventuella problem som förekommit diskuteras och lösningar tas fram.
Samverkan mellan länets kommuner	Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer/rutiner.
Avvikelseberapportering	Alla avvikelser som inkommer till Gnesta kommun från extern vårdgivare utreds och besvaras. I de fall där avvikelsen är gemensam har dessa även utretts gemensamt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför ska samtycke inhämtas från patienten innan uppgifter lämnas ut till anhöriga eller andra vårdgivare om hans eller hennes mående.

Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet:

Som vårdgivare ska Gnesta kommun utföra slumpmässig kontinuerlig loggkontroll, för att upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller utförs för att kontrollera om en person som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, samt att hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har en vårdrelation till.

Loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva genomförs regelbundet i samtliga verksamheter som använder systemet.

Loggkontroll har inte genomförts i Nationell patientöversikt [NPÖ] eller i Prator. Detta är något som behöver tas fram rutiner för under 2023.

Inga intrång eller incidenter gällande patientjournaler har rapporterats under 2022.

Hel journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler har inte utförts av MAS/MAR på grund av nytt journalsystem juni 2022. Fokus har varit att stödja och förbereda övergång samt underlag till nytt journalsystem för att kunna påbörja processer och frastexter. Nya granskningsmallar har tagits fram under året för MAS samt kollegialgranskning med uppstart 2023. Läs om utförd granskning under Rubrik: Agera för säker vård sid. 12.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheter som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

En god säkerhetskultur

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

Förvaltningen strävar efter att arbeta med evidensbaserad praktik. Förutom att lyssna på patientens uppfattningar och önskemål, ska vi ha vetenskaplig baserad kunskap om det vi gör hjälper eller åtminstone inte skadar. Förvaltningen ska följa upp och kunna redovisa vad som utförts och vilken vetenskaplig kunskap som ligger till grund för hur vi handlar. Socialnämnden i Gnesta kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds (inom ansvarsområdet) uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Förvaltningen har under 2022 påbörjat ett systematiskt och övergripande arbete inom patientsäkerhet. Som stöd i det arbetet har *Sveriges kommuner och regioner* [SKR] analysverktyg för patientsäkerhet använts, som beskrivs närmre under rubrik nedan.



Analysverktyg patientsäkerhet - SKR

För att stärka och stödja patientsäkerhetsarbetet finns ett nationellt analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård.

Verktyget utgör ett stöd för att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen eller regionen.
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Analysens utfördes i förvaltningen november/december 2022 (om analysens utförande se sid: 16).

Adekvat kunskap och kompetens

Övergripande nivå:

Gnesta kommun har under våren 2021 tecknat avtal med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om att ingå i ”Yrkesresan - en satsning på kompetensutveckling”. Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling i socialtjänsten via SKR. Projektet pågår mellan 2021–2027 och totalt ska fem yrkesresor produceras för olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.



Verksamhetsnivå:

Utmaning:	Orsak/Åtgärd:
Personalförsörjning	En av de största utmaningarna inom hälso- och sjukvård de närmaste trettio åren kommer att vara personalförsörjning. Statistik visar att andelen personer i arbetsför ålder kommer att minska kraftigt samtidigt som andelen äldre över 80 år kommer att öka. Förvaltningen har tillsammans med HR-enheten under 2022 utvecklat arbete för att öka och förbättra rekryteringsmöjligheter.
Kompetensinventering	För att veta ett nuläge och behov av kompetens har enhetschefer inventerat och identifierat brister samt kartlagt behov på individ och enhetsnivå under 2022.
Bristande språkkunskaper	Utbildning ”Kombo” vårdbiträde – i samverkan med Vuxenutbildning (& NTI) Läser svenska parallellt med vårdbiträdesutbildningen, med extra pedagoger på plats ”Yrkesvenska” Språkutbildning för anställd vård- och omsorgspersonal i samarbete med Vuxenutbildningen Gnesta kommun, på plats finns utöver lärare extra pedagoger för stöd.Handledning och stöd av leg. personal
Utbildningsplan	Under 2022 har det även påbörjats ett arbete med att ta fram en utbildningsplan för vilka årliga utbildningar (främst digitala) som skall genomföras av samtlig fast anställd personal samt vikarier, alla yrkeskategorier, inom avdelningarna äldreomsorg, LSS samt barn, unga, vuxna. Detta för att säkerställa att rätt kompetens upprätthålls för samtlig personal i dessa verksamheter. Planen beräknas slutföras under 2023
Kliniskt tränings centrum	Behovet av att ha ett Kliniskt träningscentrum (KTC) har uppmärksammats under året. Ett KTC kan underlätta för personal att få träna på praktiska uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård (som lyfteknik, såromläggning katetersättning etc) för att känna sig säkrare i utförandet. Ett KTC kan även användas vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Planerad uppstart vår 2023.

Utmaning:	Orsak/Åtgärd:
Ny lag: Smittförebyggande insatser	Utifrån ny lag smittförebyggande insatser, har en rutin och arbetsstruktur tagits fram under 2022 – implementering 2023. Där hygienombud får ett tydligare uppdrag.

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och anhöriga/närstående. Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering inbjuds vårdtagare in och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner. Brukarråd eller anhörigträffar har varit varierande under året på grund av pågående pandemi där restriktioner växlat under året. I förvaltningens nya journalsystem som är uppbyggt enligt en processvy, har patientens önskemål om sin vård en naturlig del i flödet som byggs upp. Patient som medskapare är något som behöver utvecklas ytterligare och bli en självklar del i våra verksamheter, det pågår ett större arbete kring omställning till Nära Vård där medskapandet tydligt framgår i målbild och fokusområden.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Nära Vård – en organisatorisk omställning

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. Det kommer att krävas en hälso- och sjukvård som är flexibel, kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Det leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen, Sörmlands Län har ett projekt för att samverka i arbetet som drivs av FoU med projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal mellan Kommun – FoU- Region för informationsflöde. Under 2022 har länet gemensamt beslutat om en målbild för Nära Vård som sträcker sig till 2035, samt fokusområden från 2023-2027.

Målbild i korthet:

Tillsammans – genom delaktighet och samordning med individens fokus

Nära – genom tillgänglighet och kontinuitet

God hälsa, vård och omsorg – genom hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Fokusområden:

- Personcentrering
- Hälsöfrämjande och förebyggande

Flertalet aktiviteter (som ägs av Region och Kommuner tillsammans) är pågående, exempelvis revidering av utskrivningsprocess och rutiner för att anpassas till omställningen. Varje Kommun har representanter i dessa arbetsgrupper. Kommunen behöver arbeta vidare med Nära Vård på lokalnivå. På sikt kommer Nära Vård genomsyra flertalet av våra verksamheter och det kommer krävas en större omställning gällande vård och omvårdnad för att kunna möta framtida behov. Hur och på vilket sätt, det är där projektet ska vara ett stöd. Under 2022 har aktiviteter påbörjats inom Nära Vård exempelvis:

- Utbildning och workshops för ledning och enhetschefer i Nära Vård som uppdrag, SKR analysverktyg samt Länets Målbild.
- Ett projekt i hemtjänst ”Håll kontakten” ett Forskningsprojekt via Umeå Universitet för att upptäcka och förebygga ensamhet hos äldre (pågår hela 2023, i Björnlunda hemtjänst) Gnesta är en av två kommuner i Sverige som deltar.
- Informationssida uppbyggd både på intern och extern hemsida.

Förvaltningen är aktiv i omställningen till Nära Vård. Såväl internt som externt driver Gnesta kommun dessa frågor framåt, med fortsatt arbete och implementering av både omställning och kopplade aktiviteter under 2023.

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. För en schematisk översikt av Egenkontrollplan för 2022 se Bilaga 1.

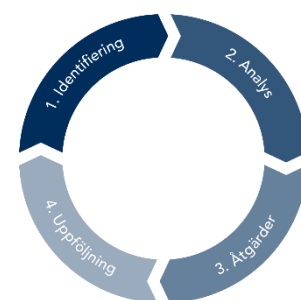
Agera för säker vård – Förvaltningsövergripande åtgärder

Förvaltningen kartlagde under 2022 ett behov av förhöjd systematisk egenkontroll för ökad patientsäkerhet, utifrån att nationella krav och behov förändras. Som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet har det under hösten 2022 arbetats fram ett årshjul för patientsäkerhet som speglas av en uppdaterad internkontrollplan. Ny internkontrollplan för 2023 se Bilaga 2.

För att kunna utöva egenkontroller fullt ut enligt den nya internkontrollplanen kommer den under 2023 behöva kompletteras med framtagande av indikatorer och stöddokument.

Ett fortlöpande förbättringsarbete har pågått under året, så som: Journalgranskning, Läkemedelskontroll, Hygienarbete, punktprevalensmätning samt kvalitetsregister.

Nedan presenteras ett utplock av egenkontrollresultaten av vikt.



Avvikelse – Se Rubrik Avvikelse sid 19.

Journalgranskning

Varje månad sammanställs KVÅ koder (Klassifikation av vårdåtgärder) från det digitala verksamhetssystemet och sänds in till Socialstyrelsen. KVÅ kan användas för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen. Förvaltningen har sedan 2017 sändt in KVÅ koder till Socialstyrelsens nationella register. Syftet med inrapporteringen till registret av KVÅ är att skapa statistik över utförda vårdåtgärder av legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för uppföljning, utvärdering, kvalitetsarbete. Vid införandet av det nya digitala

verksamhetssystemet följer nu förvaltningen fullt ut Socialstyrelsens urvalsrekommendation gällande KVÅ, det nya systemet har visat på förbättrat resultat.

Exempel: Augusti 2019 sändes 173 rader/KVÅ koder in till Socialstyrelsen (antalet inskrivna 257 personer) Augusti 2022 sändes 761 rader/KVÅ in till Socialstyrelsen (antalet inskrivna 263 personer) Antalet KVÅ koder är en del i och indikerar en stärkning av vårt systematiska patientsäkerhetsarbete gällande dokumentation.

Läkemedelskontroll

Kontroller av läkemedelsrum har utförts enligt schematisk översikt Internkontroll (se Bilaga 1) Det förekom vissa brister av lägre allvarlighetsgrad, inga avvikelser av hög allvarlighetsgrad återfanns. Ny Riktlinje gällande Läkemedelshantering tillkom under HT 2021, under vår 2023 kommer omfattande revidering av lokal läkemedelsrutin ske. (Extern granskning, sammanfattning återfinns under Rubrik: Stärkt analys, lärande och utveckling sid. 18).

Hygienarbete

Kontroll av basala hygien- och klädrutiner har genomförts i våra verksamheter. Överlag har ett godtagbart resultat uppnåtts vid kontroll, i samtliga verksamheter. Det som förekom, som kan förbättras var:

- Användning av handsprit innan omvårdnadspersonal tar på skyddshandskar
- Förekomst av ringar och långa naglar (enskilda fall)
- Brister i hur ett munskydd ska användas

Åtgärder har satts in på de områden där vi har ett förbättringsbehov, exempelvis instruktionsfilmer och nytt stöddokument. För att belysa och utveckla arbetet har det under maj månad även varit en ”handkampanj” där olika förebyggande insatser erbjöds till våra medarbetare och verksamheter, med förhoppning om att det blir ett årligt återkommande evenemang.

Socialstyrelsen beslutade i juni 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder gällande SoL och LSS. Syftet med författningen är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. Utifrån det har en ny rutin tagits fram, där hygienombud ute i våra verksamheter får ett större ansvar. Hygienombud har erhållit utbildning av MAS kring lag och ny smittförebygganderutin, arbetsstrukturen börjar gälla from 2023.

PPM

Av landets 290 kommuner medverkade 158 kommuner i mätningen. Det har skett en ökad medvetenhet och fler kommuner mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, 2019 deltog 73 kommuner och 2022 deltog 158 kommuner. Resultaten visar att följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler ligger på 65,3 procent våren 2022 i landet.

Gnesta kommun

Gnestas resultat uppmäts till 72 procent. Generellt är det desinfektion av händer innan patientnära arbete som har lägre frekvens än övriga hygieniska åtgärder. Det totala antalet deltagare landade på 70 personer, vilket är godtagbart. Resultatet behöver förbättras, och flertalet åtgärder är vidtagna, se ovan.

Socialförvaltningen Gnesta kommun kommer fortsätta det nationella deltagandet men även göra en intern PPM mätning under hösten 2023. Detta i kombination med övriga förebyggande åtgärder stärker vår kvalitet och preventiv arbete gällande basala hygien och klädrutiner, samt på sikt höjer vårt resultat i PPM mätning.

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 §

Har vården varit säker

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får en så liten negativ effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS/MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Det finns en förvaltningsövergripande process gällande förfarandet vid Lex Sarah/Lex Maria.



Fyra händelser har under året utretts av MAS/MAR gällande vårdskada alternativt risk för vårdskada.

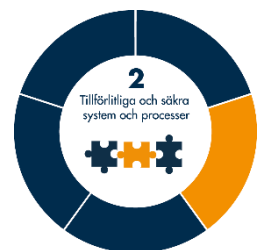
- En utredning påvisade inga brister från verksamheten eller allvarlig vårdskada.
- En händelse visade sig vid utredning inte gälla HSL, utan blev en Lex Sara (se Kvalitetsberättelse för lex Sarah)
- En händelse visade sig vid utredning inte gälla HSL utan i samråd med IVO var ett personalärende som är behandlat av ansvarig enhetschef.
- En händelse gällande HSL uppdrag utförare hemtjänst december 2022 bedöms som risk för vårdskada, utredning pågår av MAS gällande Lex Maria.

Utredning och händelser på verksamhetsnivå beskrivs vidare under rubrik: Avvikelser sid. 19.

Bedriva säker vård kräver kunskap och kvalitet. För att vården ska vara säker behöver den bedrivas på individ, verksamhet och förvaltningsnivå. För att uppnå det har det under 2022 pågått arbete för utveckling inom området exempelvis: vedertagna kvalitetsregister, deltagit i PPM, ny internkontrollplan samt strukturerat arbete utifrån tidigare nämnda verktyg från SKR för att kunna skapa en patientsäkerhetsplan. Dessa omställningar tar tid, målet är att ha kommit första steget till 2024. I uppstartsarbetet handlar det inte i första hand om att erhålla ett visst resultat i dessa mätningar och verktyg, steg ett är att säkerställa användandet av verktygen i verksamheterna, så att de blir en naturlig del i ett strukturerat förbättringsarbete.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

System

Under 2021 kartlades ett behov av utveckling och förbättring av förvaltningens digitala verksamhetssystem. Ett nytt system upphandlades, systemet ökar patientsäkerheten och stödjer det systematiska förbättringsarbetet genom att det utgår från Socialstyrelsens rekommendation av nationellt fackspråk. Systemet är uppbyggt i processer där patienten som medskapare är en tydlig del i flödet, processen erbjuder även tillgång till information för vård- och omsorgspersonal hur vården ska genomföras. Det innefattas även av Strukturerad terminologi och frastexter uppbyggt via ICF och KVÅ, i

enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. (Se förbättring KVÅ under rubrik: Journalgranskning sid. 12). Arbetet behöver fortgå med implementering och utbildning under 2023.

Arbetsprocesser

Det förekommer gode exempel ute i våra verksamheter, det som framkom i analysarbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2021, var att det inte fanns någon gemensam bild, utan var enhetschef har skapat sitt eget system (om än i flera fall välfungerande). Det i sin tur påverkar hur säkert en process eller ett system upplevs. Under 2022 har ett arbete bedrivits med detta i fokus, exempelvis: genomgång av rutiner och andra stöddokument som kan skapas gemensamt samt arbete med SKR analysverktyg. Under 2022 har en god grund lagts för att kunna arbeta vidare under kommande år.

Arbete i samverkan Primärvård

Gnesta kommun har avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården som främst berör äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvård. Avtalet följs upp årligen genom fastställt checklista. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Rapporten delges Hälsoval, vilka ansvarar för fördelning av SÄBO till respektive vårdcentral.

Vid uppföljning av 2021 års insatser uppdagades det vissa brister främst i anslutning till avtalad tid gällande läkarinsatser samt att den lokala överenskommelsen i sig behövde revideras. Under 2022 har en omfattande revidering av det lokala avtalet (kallat: lokal överenskommelse) utförts, det innefattar nu en tydlighet mellan huvudmännens ansvarsområden och en struktur på en mer detaljerad nivå.

Överenskommelsen har även erhållit sju bilagor som ska vara som stöd till legitimerad personal oavsett huvudman i samverkan. Alla parter har varit positiva i processen och den tydlighet som skapats, överenskommelsen träder i kraft 2023, med årlig uppföljning i maj och november.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag – exempel ur verksamheterna

Område	Beskrivning
Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen	Under 2022 har ett arbete pågått med att utbilda legitimerad personal i dokumentation inom ICF (internationell kvalifikation av funktionstillstånd) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder). Dock finns fortfarande brister i dokumentationen och arbetet med utbildning och stöd planeras att fortsätta även under 2023
Basal hygien	Uppstart med PPM och BHK mätning, ”Handkampanjmånad” för att sätta fokus på området samt ny hygienrutin.
Kunskap hos omvårdnadspersonal	Kompetensinventering, Uppstart gällande vedertagna webbutbildningar rekommenderade av Socialstyrelsen, Nytt delegeringsutbildningsmaterial har tagits fram intern för förvaltningen. Behov av ett kliniskt träningscentrum har framkommit.
Demensvård	Demensdagvården har under året fortsatt att utveckla ett personcentrerat arbetssätt bland annat genom att använda levnadsberättelsen. Alla enheter på särskilt boende har under året fortsatt att arbeta med Socialstyrelsens målnivåer för indikatorer med fokus på: individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen. Både demensdagvården och alla enheter på särskilt boende har

Område	Beskrivning
	arbetat med att utforma bra genomförandeplaner enligt den nya arbetsmodellen IBIC.
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Ett fortsatt arbete med att förnya och förbättra utbildningen inom läkemedelshandling har skett under 2022. Två sjuksköterskor har varit ansvarig för samtlig utbildning för att få en bra kvalitet på utbildningen.
Rapportering mellan yrkeskategorier	Säkra och stödjande överrapportering, genom information och utbildning i SBAR samt framtagande av rapporteringskort.
Teamkonferens	Under året har ett arbete pågått med att återinföra teammöten med legitimerad personal och omvårdnadspersonal. för att öka samverkan och patientsäkerheten, utifrån den rutin/struktur som togs fram 2021.
Rapportering av avvikelser enligt PSL	Arbete med att öka kunskapen hos vård- och omsorgspersonal om att rapportera avvikelser har gått framåt men behöver fortsatt utveckling.
Revidering Rutiner	Fortsatt arbete med rutiner, ”nystart” alla rutiner går igenom för att skapa en bra grund framåt.

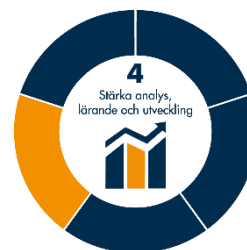
Riskhantering

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

Arbete med att ta fram ett hållbart arbetssätt för riskhantering och patientsäkerhet har påbörjats och kommer fortsätta under 2023. Det är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser motverkar att avvikelser inträffar, och skulle kunna nyttjas i en högre grad än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet inom samtliga verksamheter behöver tas fram under 2023-2024.

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 kvalitet och säkerhet ökar och risken för vårdskador minskar.



SKR-analysverktyg för patientsäkerhet

Som tidigare nämnt i patientsäkerhetsberättelsen har analys utförts. Analysen består av totalt 100 frågor inom 5 olika fokusområden med ett avslutande avsnitt som berör helhetsbilden av grundläggande förutsättningar gällande patientsäkerhetsarbete.

Fokusområden:

1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärkt analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap
6. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet (ej ett område i analys utan en avslutande helhetsbild med 36 frågor).

Varje fråga har en femgradig svarsalternativskala, graderade från inte alls - till helt uppfyllt. Då analysen har utförts på en strategisk nivå kan det finnas lokala avvikelser åt båda håll i våra verksamheter på en enhetsnivå. Förbättringsutrymme finns inom samtliga fem områden, det som är positivt att vi under året genom det påbörjade arbetet med systematisk patientsäkerhet har åtgärdade, pågående eller uppstartade

aktiviteter inom alla fokusområden. Under område *Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet* fanns det två områden som behöver fokuseras på framöver:

- Säkerhetskultur
- Patienten som medskapare

Analysens resultat ligger till grund för handlingsplan för patientsäkerhet som ska tas fram 2023.

KVALITETSREGISTER

Senior Alert

Registrering sker via riskbedömning med vidtagna åtgärden och resultat inom område: fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Vid kontroll av register och utdrag av statistik (se Bilaga 4 för schematisk översikt) har riskanalyser utförts med högt procentuellt genomförande, dock svårt att utläsa om de åtgärder som framkommit har implementerats eller inte. Även antalet registreringar inom vissa enheter är lågt till antalet, sannolikt kopplat till Hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsbelastning under pandemi och antal i personalstyrka, som inte varit fulltaligt. Det saknas rutin och arbetsmetod för Senior Alert, det behöver verksamheterna ta fram under kommande år. De enheter där det sker strukturerade teamträffar har en högre grad av genomförda Senior Alert registreringar.

BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Demenssamordnare har tillsammans med omvårdnadspersonal även i år fokuserat på personer med hög BPSD-problematik. Där av ligger Gnesta kommuns snitt av registreringar i NPI-skalan högre än både Södermanland och Riket. Antalet är för lågt för att skapa en statistiskbild där avidentifiering kan garanteras. Fortsatt arbete kommer ske under 2023, där målet är att alla vårdgivare med demens ska vara registrerade i BPSD-registret samt att uppföljningsarbetet ska förbättras.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Legitimerad personal dokumenterar i registret de vårdtagare som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Spindeldiagram, se bilaga 5A, visar Gnesta kommuns resultat för förväntade dödsfall (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikatorer som mäts:

- Dokumenterat brytpunktsamtal
- Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott
- Ordinerad injektion ångstdämpande vid behov
- Smärtskattats sista levnadsveckan
- Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Utan trycksår (kat 2–4)
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Analys: Personer som vårdas i livets slut inom Gnesta kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö ensam (gäller förväntade dödsfall) Förbättring krävs främst för munhälsobedömning och dokumenterad smärtskattning. En palliativ handlingsplan kommer att tas fram VT 2023 som en del i att stödja och förbättra arbetet.

Palliativa registret sett till län och rike

Spindeldiagram (se bilaga 5) 5B visar länets resultat och 5C visar rikets resultat av förväntade dödsfall (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.

Analys: Diagrammen visar att det är samma kvalitetsindikatorer som behöver förbättras, och stämmer även in på förbättringsbehov kommunal nivå.

EXTERN GRANSKNING

Externgranskning – Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek 220914, fokusområdena för årets kvalitetsgranskning var:

- Narkotikahantering
- Tillgång och användning av läkemedelslista
- Läkemedelshantering och lokala rutiner
- Insulinordinationer
- Städ rutiner för läkemedelsskåp/förråd och arkivering

I sammanfattning av granskning framkommer det förbättringsområden, områden att åtgärda under året: Uppdaterad städrutin, säkerställa att narkotikakontroll utförs enligt rutin, Ifall insulin eller annat biologiskt läkemedel ges till patient från akut-/buffertförrådet måste batchnummer antecknas i patientensjournal för att säkerställa spårbarhet. För att ge verksamheten ett bättre stöd gällande läkemedelshantering kommer det att tas fram en ny lokal rutinmall under 2023, i linje med revideringar i styrande dokument ”Läkemedelshantering i Sörmland”.

Extern granskning – Hygiensjuksköterskor

Hygiensjuksköterskor från Regionen utför granskning/hygienrond 2ggr/år, vår: Ekhagen höst: Åsbacka i hälso- och sjukvårdspersonal och hemtjänstpersonalens lokaler. Det hygienrond observerar är att det är trångbodda enheter, förekom nedslag gällande vårdhygien kopplat till lokaler och slitage. Övriga synpunkter: Uppdatera/revidera städrutin, personal bör utföra självskattningar mer kontinuerligt gällande hygien samt vid introduktion av nyanställd inom omvårdnad och omsorg behövs en förvaltningsövergripande rutin för utbildning inom basal hygien.

Extern granskning. Utskrivningsklar [UK] datum

Regionen utför en sammanställning gällande UK datum i länet, se schematisk vy Bilaga 6. Kommunen har ett väl godtagbart datum för hemtagande av sina vårdtagare som vistats ineliggande på slutenvård. Regionen påtalar att det är en god dialog med Gnesta kommun och ett fungerande samarbete i ärendet.

Extern granskning – Inspektionen för vård och omsorg [IVO]

IVO genomför en nationella granskningar av verksamheter inom äldreomsorgen kopplat till covid-19. Den första tillsynen som genomfördes i april 2020 fokuserade på smittspridning inom äldreomsorg, hemtjänst och LSS-boenden. Den andra tillsynen påbörjades i maj 2020, tillsynen granskar förutsättningar för individuell vård och behandling för boende på SÄBO (äldre). En markörbaserad journalgranskning har utförts med period 2019–2020, alla landets kommuner har sänt in journal utifrån uppgifter. Under hösten 2022 följde IVO upp tillsynen med ett besök i kommunen, där de träffar sjuksköterskor, patienter och ledning. IVO har i tillsynen granskat fyra områden:

- Individuell bedömning och kompetens
- Kontinuitet och dokumentation
- Läkemedel
- Vård i livets slutskede

IVO har bedömt att Gnesta kommun har brister inom alla fyra områden. Förvaltningen har ett pågående eller planerat förbättringsarbete inom samtliga områden vilket kan ses som en styrka att förvaltningen själva har kartlagt samma brister och behov som IVO. Beslut och åtgärder kommer under 2023.

Extern granskning – Länsövergripande gällande utskrivningsprocess 65+

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmland och länets alla kommuner genomför EY en samordnad granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter. Syftet är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive kommunal nämnd med ansvar för social omsorg säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Fokus i granskningen är äldre patienter 65+. Resultat och åtgärder beräknas till början av 2023.

Avvikelser

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

Interna avvikelser - kontroll

Inrapportering av avvikelser sker i kommunens digitala avvikelssystem (Treserva). Inrapporteringen innehar brister. Mas har utfört kontroll av hur risker och avvikelser hanteras i det digitala avvikelssystemet (Treserva) löpande under året.

Det som framkom som förbättringsområden gällande hantering av avvikelser på verksamhetsnivå:

- Beskriven risk och händelseanalys
- Beskrivna åtgärder
- Beskriven uppföljning

Avvikelse lyfts på APT i verksamheterna, sannolikt insätts åtgärder, dock går det inte att avgöra om några effekter uppnås, då det oftast inte dokumenteras i rapportmodulen. Rutin för avvikelshantering på verksamhetsnivå finns, det förekommer variation i hur den efterlevs. Vissa verksamheter arbetar aktivt med avvikelser, enligt rutin och det går att följa statistik och trender, medan andra verksamheter inte kommit lika långt i det arbetet. Det påverkar sammantaget resultat, och bedömning av förebyggande patientsäkerhetsarbete. För att få samlad statistik till patientsäkerhetsberättelse har mas utfört sökning av avvikelser.

Interna avvikelser – statistik

Statistik för årets avvikelser presenteras schematiskt i Bilaga 3 tabell 3A. Avvikelse kan granskas på olika nivåer/sökord. Förvaltningen har tidigare valt att följa fyra grupper/sökord inom HSL.

HSL grupper/områden som följs:

- Fall
- Medicinskteknisk produkt
- Omvårdnad och övriga områden
- Läkemedel

Från och med i år 2022 ändras sökord för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelse inom grupp ”Omvårdnad” utgår, men presenteras och följs inom ramen för kvalitet i kvalitetsberättelse, inom det lagrum området tillhör.

HSL grupper/områden som följs from. 2022:

- Fall
- Medicinskteknisk produkt
- Läkemedel
- Vård, behandling och provtagning
- Vårdrelaterade infektioner/VRI

Interna avvikelser - sammanfattad bild av årets avvikelser/mot tidigare år

Toppar/trender kan följas under året gällande avvikelser, säkerligen förekommer fortfarande ett visst mörkertal/avvikelse som inte skrivs. Av vikt att fortsätta motivera medarbetare att dokumentera avvikelser för utveckling ska kunna ske. Som tidigare nämnt är det analysarbetet som behöver förbättras – som kan leda till förebyggande insatser och ökad patientsäkerhet. Utifrån toppar i statistik har dialog först med verksamheter i analysarbetet samt kontroll av avvikelser, där några orsaker till årets resultat framkom:

- Höga trender – Fall – individbundna ärenden (åtgärder insatta av respektive verksamhet)
- Läkemedel – stress, låg bemanning/få personal på plats
- Brister i planering och kommunikation

Bilaga 3, tabell 3 B är en schematisköversikt gällande avvikelser över tid, fördelningen av avvikelser är liknande mot tidigare år. Orsak till nedgång i år kan härledas till byte av journalsystem i juni 2022 och

viss osäkerhet förekom i verksamheterna vilken modul som skulle användas vid avvikelshantering. Ett lägre antal av ”nya” sökord härledes dels till att incidenterna inte är så vanligt förekommande, samt att verksamheterna inte fullt ut är igång med att nyttja dessa, mänsklig faktor.

Interna avvikelser - Läkemedel

Avvikelser som tillhör gruppen läkemedel presenteras separat i Bilaga 3 utifrån att det är avvikelser som kan ha en hög risk. Tabell 3C visas en enkel uppställning av de olika avvikelsetyper som är vanligast förekommande inom området. Vid analysarbetet av avvikelser har insulinhantering påvisat brister, här har utbildningsinstanser utförts och nytt delegeringsmaterial tagits fram under 2022. Hanteringen av avvikelser är ett förbättringsområde för verksamheterna kommande år, för att arbeta mer proaktivt med exempelvis läkemedelsincidenter.

Externa avvikelser

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Regional slutenvård Sörmland

Avvikelsehantering har tidigare skett via Regionens digitala avvikelssystem Synergi. Under 2022 har Gnesta kommun valt att gå ur systemet, då det enbart var två kommuner av nio i länet som använde Regionens system samt att det fanns utmaningar i hanteringen av systemet som extern användare. From. höstterminen 2022 sker hanteringen analogt/pappersledes, vilket har fungerat väl.

Antal:

- Gnesta kommun har fått in 6 avvikelser från Regionen
- Gnesta kommun har sänt 9 avvikelser till olika enheter inom Regionen.

En avvikelse av allvarigare karaktär har förekommit från Gnesta kommun till Region gällande utskrivningshantering och information. Huvudmännen hade gemensamt möte med klinikchefer för att analysera och undvika upprepning. Både huvudmännen ser positivt på dessa dialoger för samverkan och förbättring för patient. I övrigt har inga avvikelser av allvarlig grad förekommit. Det som går att utläsa vid granskning är att båda huvudmännen kan förbättra uppföljningshantering. Uppföljning sker säkerligen ute i respektive verksamhet men går inte att utläsa, för att komma ett steg närmre det förebyggande arbetet är det av vikt framledes.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Regional Primärvård Sörmland

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Folkandvård

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Hjälpmedelscentralen

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Klagomål och synpunkter

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

För att det ska bli enklare för vårdtagare, närstående samt medborgare att framföra sin åsikt har Socialförvaltningen under året tagit fram en ny process för synpunkter och klagomål. Förvaltningen har en låg grad av inkomna synpunkter och klagomål, om det kännetecknar en höjd nöjdhetsgrad alternativt att tidigare process för att lämna ett klagomål eller synpunkt har brister är svårt att bedöma.

De flesta klagomål gällande patientsäkerhet hanteras direkt av verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har fått in synpunkter från vårdtagare eller närstående via telefonsamtal. Synpunkterna har varit inom samma område, de gäller:

- Oro för pandemi, exempel på frågor: vaccinering, ovaccinerad personal, munskydd, besök på särskilt boende
- Varierande användning av munskydd av vård- och omsorgspersonal (dock ska här tydliggöras att alla insatser inte kräver munskydd utan enbart de med nära omvårdnad)
- Avsaknad av kontinuitet i hemtjänst, många olika omvårdnadspersonal, otrygghet för vårdtagare

Klagomål och synpunkter som inkommit till förvaltningen, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg har varit två under året, båda från patientnämnd. Synpunkterna är besvarade i tid, enligt gällande rutin och praxis, ingen återkoppling har erhållits av Patientnämnd.

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. Under 2022 har inget övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap utförts inom hälso- och sjukvård. Detta är något som behöver ses över under kommande år.



Dock kan vissa risker ses framöver gällande den framtida kompetensförsörjningen av legitimerad personal. Det är en brist som redan nu märks av och under året har åtgärder vidtagits såsom vidareutbildning till specialistsjuksköterska (5 individer har pågående utbildning) samt utökad bemanning av legitimerad personal. Dessa åtgärder stärker både beredskap och riskmedvetenhet samt ökar konkurrenskraft som attraktiv arbetsgivare.

Hur vi kommer att arbeta patientsäkert i framtiden

Nedan presenteras i korthet ett urval av åtgärder under 2023 som stärker riskmedvetenhet och beredskap.

Åtgärd	Beskrivning
Patientsäkerhetsplan	En förvaltnings övergripande handlingsplan för patientsäkerhet där riskmedvetenhet och beredskap ingår.
RiksSår	Socialstyrelsen rekommenderar 4 kvalitetsregister för att säkra kvalitet, förvaltningen har idag tre av dem som rekommenderas, under 2023 kommer även det fjärde kvalitetsregistret implementeras: RiksSår.
MittVaccin	Kommuner i Sörmland har ingått avtal med Regionen att nyttja samma vaccinationsregister. Det säkrar och ökar kvalitén i vaccinationsförfarandet.
Patientsäkerhetsrapport till nämnd 2ggr/år	För att nämnd som ansvarig vårdgivare ska kunna anta en mer proaktiv roll, har patientsäkerhetsrapporter erhållits 2ggr/år under 2022, med plan att fortsätta under 2023.
Samverkan Nära Vård	Samverkan mellan kommuner i länet samt Kommun och Region stärker riskmedvetenhet och beredskap på en övergripande nivå med ökad samsyn.
Förbättrad avvikelshantering	Ökad kunskap i avvikelshantering i våra verksamheter ökar möjligheterna till ett mer preventivt arbete.
Patientsäkerhetsvecka	För att öka medvetenheten kring att patientsäkerheten förekommer i all vår verksamhet och ett ökat delägarskap med enheterna för ökad kunskap och förståelse, införs patientsäkerhets vecka, ett samarbete mellan länets alla kommuner.
Handlingsplan palliativ vård	Utifrån resultat i kvalitetsregister samt Ivo rapport kommer en handlingsplan att tas fram under 2023.

Åtgärd	Beskrivning
KTC	För att kompetenssäkra och öka beredskap och flexibilitet hos personal, startar förvaltningen ett eget kliniskt tränings centrum.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån förra årets (2021) patientsäkerhetsberättelse framkom det att utmaningar finns inom samverkan och kontinuitet i våra verksamheter. Det framkom även förbättringsområden i vilken grad granskningar och kontroller genomförs. 2022 års patientsäkerhetsarbete har ägnats åt att skapa en grund för det, samt att återuppta och vidareutveckla det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet, som har fått stå tillbaka under en längre tid. Varför patientsäkerheten varit eftersatt är en komplex fråga, tänkbara orsaker kan dels vara flera års pandemiarbete där arbete i nuet varit tvunget att prioriteras, dels vissa organisatoriska utmaningar som förekommit tidigare år. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter. Därav (utifrån ovanstående) utgår det egna patientsäkerhetsmålet för förvaltningen, patientsäkerhetsarbetet kommer följa Socialstyrelsens mål och vision samt kommunfullmäktiges mål, där patientsäkerhetsarbetet i stället säkerställer att förvaltningen svarar upp mot de övergripande målen.

Socialstyrelsens nationella patientsäkerhets mål: ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”

Socialstyrelsens patientsäkerhets vision: ”God och säker vård – överallt och alltid”

Kommunfullmäktiges mål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet – Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.

Övergripande strategiskt arbete kommande år:

- Handlingsplan för patientsäkerhet
- Arbete med fokusområden utifrån SKR analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Utifrån ny interkontrollplan skapa indikatorer och mätbara effektmått (exempelvis målnivåer för PPM mätning samt kvalitetsregister)
- Stödja verksamheterna i att ta fram aktiviteter som svarar upp mot indikatorer
- Handlingsplan för palliativ vård
- Övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap inom hälso- och sjukvård
- Starta och bygga upp ett kliniskt tränings centrum för kompetensförsörjning

Utmaningar:

- Omställning till Nära Vård är omfattande och tar tid, ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar även det tid att bygga upp och utveckla, vi är i början av denna resa och utmaning är att få med alla våra verksamheter i denna omställning.

Bilaga 1

Internkontrollplan 2022

Egenkontroll	Omfattning	Redovisning
Avvikelser	Ska ske direkt av enhetschef då avvikelse kommit in.	Avvikelsesystemet i Treserva Särskilt dokument för sammanställning Till socialnämnden i Patientsäkerhetsberättelse
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Hygien omklädningsrum Åsbacka hus 1	4 ggr per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygien i tjänstebilar för hemtjänst och hemsjukvård	6 gånger per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygienkontroll Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Ekshagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Kortvården	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll läkemedelsrum Åsbacka	1 gång per år	Internprotokoll
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång per år per enhet	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Ekshagen	1 gång per år	
Kontroll läkemedelsskåp kortvården	1 gång per år	Internkontroll
Egenkontroller boenden LSS, hygien, läkemedel med mera	1 gång per år	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Senior alert, svenska palliativregistret, BPSD
Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård	Kontinuerligt	Prator, kontinuerlig uppföljning med regionen.

Internkontrollplan 2023

Förekommande förkortningar:

- BHK - Basal hygien och klädregler
 SKR - Sveriges kommuner och regioner
 PSB - Patientsäkerhetsberättelse
 PSR - Patientsäkerhetsrapport
 UK - Utskrivningsklar
 NPÖ - Nationell patientöversikt
 MPT - Medicintekniska produkter

Egenkontroll	Omfattning	Uppstart	Redovisning
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	2 ggr/år	2022	PPM mätning SKR - protokoll/PSB
Svenska HALT (mätning av vårdrelaterade infektioner)	1 ggr/år	2023	Senior Alert/PSB
Hygienrund	2 ggr/år	Pågående	Protokoll från Vårdhygien/PSB
Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal	1 ggr/år	Pågående (ny mall 2023)	Sammanställd rapport/PSB
Kollegial journalgranskning	1 ggr/år	VT 2023	Internprotokoll
Rapport från kvalitetsregistret Senior Alert	2 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/PSB
Rapport från kvalitetsregister Palliativregistret	4 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/ PSB
Rapport från kvalitetsregister BPSD	2 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/ PSB
Avvikelser	2 ggr/år 12 ggr/år	Pågående	Patientsäkerhetsrapport/PSB Internkontroll
Nutritionsmätning	1 ggr/år	2024	Protokoll
Patients klagomål och synpunkter	2 ggr/år 12 ggr/år	Pågående	Patientsäkerhetsrapport/PSB Internkontroll
Granskning delegeringar	2 ggr/år	HT2023 alt VT 2024	Internkontroll/PSB
Extern läkemedelsgranskning	1 ggr/år	Pågående	Rapport/PSB

Egenkontroll	Omfattning	Uppstart	Redovisning
Uppföljning av extern LM granskning	1 ggr/år, 6 mån efter extern LM granskning	Pågående	Lokal läkemedelsrutin
Rapport Läkemedelsgenomgång	4 ggr/år	2024/2025	Internkontroll/PSB
Narkotikakontroll	12 ggr/år	Pågående	Internkontroll/Extern LM granskning
Kvartalsrapport kassation av läkemedel i Akut- och buffertförråd	4 ggr/år	Pågående	Extern rapport
UK-datum (Prator)	12 ggr/år	Pågående	Extern kontroll Region Sörmland/PSB
Loggkontroll NPÖ	6 ggr/år	2023	Internkontroll/PSB
Egenkontroll MTP	4 ggr/år	2023/2024	Internkontroll/PSB

Bilaga 3 - Avvikelser

3 A – Avvikelsestatistik HSL 2022 januari - december

HSL-avvikelser	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Fall	56	39	44	49	25	30	36	49	31	43	60	71	533
Medicinteknisk produkt	0	1	5	0	1	0	1	0	3	7	1	5	24
Omvårdnad, övriga områden	Område utgår from 2022 presenteras i kvalitetsberättelse												
Läkemedel	26	29	46	36	26	32	36	28	26	27	28	27	367
Vård, behandling och provtagning	0	3	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	11
Vårdrelaterade infektioner/VRI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalt:	82	72	97	87	52	64	73	77	60	78	89	105	936

3 B – Avvikelsestatistik jämfört mot tidigare år

HSL-avvikelser	2019	2020	2021	2022
Fall	594	516	650	533
Medicinteknisk produkt	22	7	19	24
Omvårdnad, övriga områden	268	61	90	<i>Utgår</i>
Läkemedel	401	319	408	367
Vård, behandling och provtagning	Nytt för 2022			11
Vårdrelaterade infektioner/VRI	Nytt för 2022			1
Totalt:	1285	903	1167	936

3 C – Avvikelse HSL: Läkemedel, de främst förekommande

Identifierade risker	Allvarlig	Mindre allvarlig
Underlag inhämtat från inkomna avvikelser 2022		
Utebliven dos	X	
Fel dos	X	
Överdosis	X	
Fel i samband med dosett		X

Bilaga 4

Redovisning av resultat i Senior Alert

Område:	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsak vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Gnesta kommun	73	95% 77 av 81	99% 76 av 77	96% 74 av 77
Ekhagens Äldreboende	16	88% 14 av 16	100% 14 av 14	100% 14 av 14
Gnesta Hemsjukvård Hälso- och sjukvårdsenheten	13	100% 13 av 13	92% 12 av 13	77% 10 av 13
Strandhagens Äldreboende	44	96% 50 av 52	100% 50 av 50	100% 50 av 50

Bilaga 5

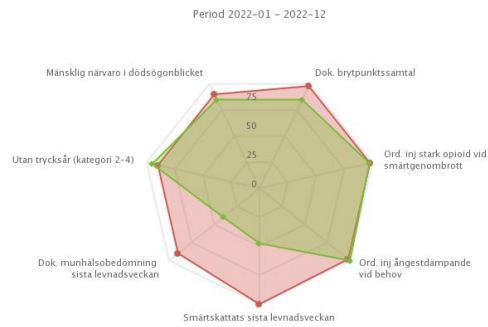
Redovisning av resultat i Palliativ registret

Spindeldiagram: **A** – Gnesta kommun **B** – Sörmlands län **C** – Riket

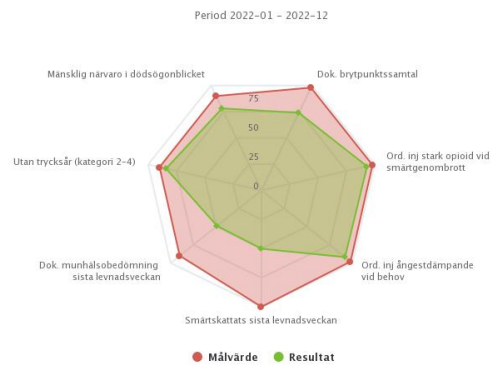
A.

B.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



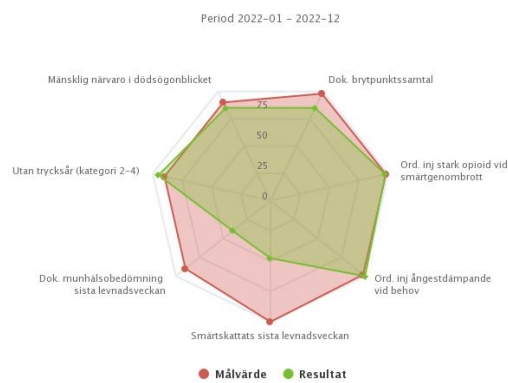
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report.

C.

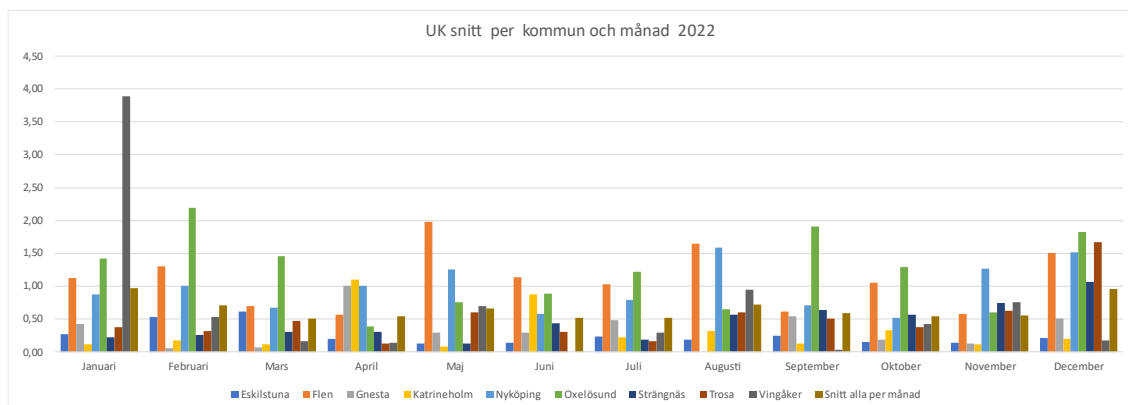
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report.

Bilaga 6

UK (utskrivningsklar) dagar för 2022



UK dagar Gnesta kommun 2022

Månad	Gnesta
Januari	0,42
Februari	0,05
Mars	0,07
April	1,00
Maj	0,29
Juni	0,29
Juli	0,48
Augusti	0,00
September	0,54
Oktober	0,19
November	0,13
December	0,51
Snitt:	0,33