

# Patientsäkerhetsberättelse för Gnesta kommun År 2021



Datum 220211

Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvarig sjuksköterska Gnesta kommun

Diarienummer: SN.2022.16

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

I Gnesta kommun har vi ännu inte startat upp med att arbeta utifrån Socialstyrelsens och SKR:s mall för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det är något som planeras att påbörjas under 2022. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen används ändå för 2021 för att belysa önskvärd struktur och tydliggöra våra förbättringsområden och utmaningar, för att kunna planera och sätta in åtgärder på rätt plats i vår förvaltning gällande patientsäkerhet.

*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.*

# 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.....	8
Strålskydd .....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	16
Klagomål och synpunkter .....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	19
Bilaga 1. Internkontrollplan.....	21
Bilaga 2. Senior Alert .....	22
Bilaga 3. Palliativ registret.....	23
Bilaga 4. UK-datum.....	24
Bilaga 5. Avvikelse.....	25

## **SAMMANFATTNING**

2021 Blev ett fortsatt annorlunda år för såväl vår förvaltning som samhället i stort relaterat till pågående pandemi. Flera av verksamheternas planerade mål har fått stå tillbaka för fortsatt arbete med Covid-19, dock har smittspridningen av covid-19 under året varit låg inom våra verksamheter. I slutet av året höjdes beredskapen och våra förebyggande insatser och åtgärder på grund av smittläget i samhället ändrats i och med ny mutationsvariant av covid-19.

Det har förekommit avvikande händelser under 2021 som påverkat patientsäkerhetsarbetet, då det har varit 3 medicinskt ansvariga sjuksköterskor i tjänst under året. Vilket påverkat följsamhet i observationer, registreringar och uppföljning. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett godtagbart arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2021.

### **De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- Omfattande revidering av Hälso- och sjukvårds riktlinjer
- Införandet av Lokal Arbetsgrupp Södra Äldre [ASÄ] för ökat samarbete Kommun – Region på lokalnivå
- Resurssatsning för att kunna möta snabb och hög vaccineringsgrad av Covid-19 vaccinering för både vårdtagare och medarbetare.
- Årshjul för intern och externkontroller uppdaterat och utökat
- Struktur och checklista för teamträffar skapad
- Forskning och utveckling Sörmland i samarbete med region och länets kommuner projektstart september 2021 – Nära Vård

### **En blick framåt**

**Fortsatt arbete med säker vård med mätbara mål för ökad kvalitet och stärkt patientsäkerhet genom:**

- Framtagandet av lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan
- Punktprevalensmätning [PPM] via Sveriges Kommuner och Regioner [SKR]
- Kompetenshöjandeinsatser, kompetensinventering, internutbildning, webbutbildningar
- SKR:s verktyg - systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Revideringsarbete fortgår med fokus på rutiner (utifrån de nya Riktlinjer som togs fram HT 2021)

# 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:** Socialnämnden ska stödja den enskildes möjligheter till en meningsfull tillvaro.

*Nedan följer en schematisk översikt över Socialförvaltningens uppdrag anslutna till målet, dock presenteras enbart de uppdrag som kan kopplas till hälso- och sjukvård, patientsäkerhet.*

Förvaltningens uppdrag	Aktivitet
<b>Aktivt arbeta med intern och extern samverkan</b>	Socialförvaltningen arbetar aktivt gällande intern och extern samverkan och utveckling. Samverkansgrupp för Nära vård har under HT 2021 startats upp.
<b>Arbeta med delaktighet</b>	Genom: Brukarundersökning, brukarråd, brukarundersökning, genomförandeplan - utförarverksamheterna arbetar aktivt för att brukaren och dess anhöriga ska vara delaktig i planering av vardag
<b>Arbeta förebyggande och skapa trygg tillvaro för brukarna</b>	Förvaltningen arbetar på flera sätt för att stärka personalkontinuiteten för brukarna. Teamkonferens utvecklats vidare av hälso- och sjukvårdsenheten, de särskilda boendena samt hemtjänsten. Teamkonferenser innebär återkommande möten där flera professioner möts för att lösa brukares behov utifrån ett helhetsperspektiv.
<b>Arbeta mot en evidensbaserad praktik</b>	Inom äldreomsorgen samt LSS-boendena har arbetsplatsträffar nyttjats för kompetensutveckling av personal. Personalgrupperna har fått korta utbildningar baserat på behov och önskemål, exempelvis har utbildningar erbjudits kring basal hygien, måltidens betydelse samt hantering av stomi. Flera sjuksköterskor inom HSE går specialistutbildning. Rehabenheten arbetar kontinuerligt med kompetensutveckling ex. via Hjälpmedelscentralen

Mål, strategier och plan nedbrutna på verksamhetsnivå gällande hälso- och sjukvård och patientsäkerhet finns inte för 2021. Möjlig orsak är att ledning, verksamhetschef samt enhetschef ersatts gånger flera under kort tid (2020–2021) det gäller även befattning medicinskt ansvarig sjuksköterska. Situationen har sannolikt påverkat mål inom området för 2021.

## 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, utifrån gällande ledningssystem.

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

Vuxen- och omsorgsförvaltningen har tre verksamhetsområden med var sin verksamhetschef d.v.s. individ och familjeomsorg, äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning samt kommunal hälso- och sjukvård. 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. Hälsa 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. Verksamhetens 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.

## **Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar**

Vårdhygien Södermanland har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas då det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att extra stöd behövs. När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder sig verksamheten till kommunens och regionens hygiensjuksköterskor. Vid behov kan även andra stödfunktioner nyttjas såsom Chefläkare, STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens), Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet samt Patientnämnd.

## **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 verksamheterna**

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. Det har fungerat till stor del på våra särskilda boenden, även Björnlunda har ett etablerat samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst. 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 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.

## **Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador, som ligger till grund i förvaltningen:**

- Läns gemensam struktur för Närvård Sörmland. Förvaltningen deltar i styrgrupp samt flera arbetsgrupper.
- Ramavtal vårdhygien
- Hälso- och sjukvårds riktlinjer kommun samt Region.

- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland, följs upp i lokal Närvårdsledning
- Avtal med Svensk Dos AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering (gäller: särskilt boende, hemsjukvård, bostäder med särskild service och boendestöd)
- Avtal med Tandvårdsenheten Region Sörmland gällande munhälsobedömning av tandhygienist samt utbildning i munvård för personal.
- Prator – för digitaldialog mellan Region och kommun
- Samordnad individuell planering [SIP] – för trygg och säker hemgång och överrapportering
- Samverkan med Regionens Närvårdskoordinator
- Samverkan Forskning och utveckling [FoU] Sörmland.
- Strukturerad bedömning av patientens hälsotillstånd med SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region.
- Samverkan fotvårdsspecialist
- Webbutbildningar för personal
- Förflyttningsteknik
- Teamkonferenser
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempel Abby Pain Scale
- MAS deltar i nätverk för MAS/MAR i Sörmland.
- Stöd och samverkan med Regionens specialistvårdsenheter exempelvis SSIH

### **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 om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

#### **Genomförd uppföljning av informationssäkerhet:**

Loggkontroll har inte genomförts i Nationell patientöversikt [NPÖ]. Det är något som kommer införas utifrån ny internkontrollplan gällande patientsäkerhet för 2022, MAS i samarbete med IT-enhet.

#### **Genomförd egenkontroll gällande informationssäkerhet:**

MAS har inte granskat patientjournal enligt gällande internkontrollplan till följd av pandemi och tidigare nämnd organisatorisk händelse.

MAS har utfört två stickprovskontroller ur kommunens journalsystem:

- Hälso- och sjukvårdsenhetens vårdplaner
- Samtycke

### **Vårdplaner**

En slumpmässig genomgång av 150 vårdplaner, påvisar att ca hälften av dessa är aktuella övriga inaktuella, inte avslutade.

Tänkbar orsak kan vara underbemanning av HSL personal och arbete med pandemi som tagit över, dock saknas det rutin för förfarandet gällande vårdplan och avslut av vårdplan inom HSL. En sådan rutin behöver skapas tillsammans med verksamheten under kommande år.



## Samtycke

50 journaler har slumpmässigt valts ut för granskning av samtycke. Det är svårt att utläsa om samtycke har inhämtats eller inte, vid de tillfällen de ska inhämtas, i vissa fall saknas samtycke. Även tid är i flera journaler oklart (samtycke är tidsbegränsat och ska gälla i högst ett år, 12 månader, därefter ska samtycke omprövas) ett samtycke kan närsomhelst omprövas. Det förekommer även flertal olika frastexter, och de är oklart för HSL personal vilken frastext som ska användas.

*Åtgärdsförslag:* Uppdrag till kvalitetsteam att ta fram gemensam riktlinje gällande samtycke för HSL, SOL och LSS. Delge till verksamhetschefer och enhetschefer. Implementera riktlinje/rutin i verksamheterna (ansvarig – respektive enhetschef) Vid införandet av ny Treserva modul, se över frastexter så de är aktuella och stämmer överens med gällande lagstiftning.

## 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.



### Övergripande nivå:

Förvaltningen strävar efter att arbeta med evidensbaserad praktik. Förutom att lyssna på brukarens 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 sjukvårdslagets krav på god vård. Förvaltningen saknar idag ett systematiskt och övergripande arbete inom säkerhetskultur och patientsäkerhet, där resultat av kvalitet och förbättringsområden är mätbara. Ett arbete kommer att starta upp under kommande år inom området, som ett stöd i arbetet kommer *Sveriges kommuner och regioners [SKR] och Patientsäkerhetsnätverkets verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner* användas. Även SKR:s dialogverktyg säkerhetskulturtrappan kan vara ett användbart redskap. Förvaltningens kvalitetsteam kommer undersöka vilket verktyg som är till gagn för verksamheterna för god följsamhet och resultat.

### Verksamhetsnivå:

Då det saknas ett arbete på en övergripande organisatorisk nivå gällande säkerhetskultur och patientsäkerhet, genomsyrar det även på verksamhetsnivå. Det förekommer goda säkerhetsinsatser på enhetsnivå, vanligt förekommande lyfts dessa ämnen vid APT, exempelvis händelser, risker, avvikelser. Vissa av våra verksamheter har APT var tredje vecka, vilket är en klar fördel för att hinna med och implementera denna typ av frågor i sina arbetsgrupper. Säkerhetsarbete på individnivå genomförs exempelvis genom riskbedömning av ett hem inför hemtjänstinsatser. Vid genomgång tillsammans med verksamhetschef fanns det utrymme för kvalitetsförbättring gällande dessa bedömningar.

## 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:

Under 2021 har ett fokusområde varit kompetensutveckling inom basal hygien och nyttjande av skyddsutrustning inom verksamheterna relaterat till pågående pandemi. Det som framkommer är att vi har avsaknad av mätbara uppgifter för uppföljning (egenkontroller har genomförts, presenteras under rubrik: Agera för säker vård sid 11). Oklart hur väl utbildningar har gått och om medarbetare tagit den till sig. Positivt är att vi har haft relativt låg smittspridning av Covid-19 inom våra verksamheter vilket tyder på en godtagbar följsamhet. Framöver kommer mer strukturerad kompetensutveckling ske via vedertagna webbutbildningar från Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsenheten kommer att ta fram nytt utbildningsmaterial till internutbildningar. För att det ska bli ett tillfredsställande resultat behöver det utföras en kompetensinventering, så utbildningsinsatser sker inom rätt fokusområden för att stärka patientsäkerhet och kvalitet.

Under 2021 har Hälso- och sjukvårdsenhetens sjuksköterskor tagit fram ett nytt utbildningsmaterial till delegering av omvårdnadspersonal, som svarar upp mot gällande krav och lagstiftning. I samband med det har även genomgång av delegeringsmodul i journalsystem skett. Rutin inför delegering behöver uppdateras för att höja kvalitet och patientsäkerhet, i rutin behöver det även ingå hur uppföljning av delegering går till, möjlig checklista.

Demenssamordnare har bistått med handledning till omvårdnadspersonal på särskilt boende var 3:e vecka under hela året. Björnlunda hemtjänst har fått handledning tre gånger per halvår. Avsaknad av samarbete med övriga hemtjänstgrupper, planering för uppstart finns.



## 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 om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner. Inför registrering i BPSD-registret involveras vårdtagare och anhöriga i bedömningar och bemötandeplaner för att minska BPSD och behov av begränsningsåtgärder. Brukarråd eller anhörigträffar har tyvärr inte genomförts under året, det på grund av pågående pandemi.



## 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. För en schematisk översikt av Internkontrollplan/egenkontroll för 2021 se Bilaga 1. Nedan kommer ett sammanfattade resultat av genomförda kontroller, samtliga planerade kontroller för 2021 är inte genomförda relaterat till tidigare nämnd organisatorisk händelse samt pandemiarbete.

**Journalgranskning** – Se Rubrik: Informationssäkerhet sid 8.

**Avvikelser** – Se Rubrik Avvikelser sid 16.

**Läkemedelskontroll** – Kontroller av läkemedelsrum har utförts enligt schematisk översikt Egenkontroll (se Bilaga 1) Det förekom vissa brister av lägre allvarlighetsgrad, så som förvaring golv, avräkning av läkemedel enligt satt tidsschema samt kontinuerlig temperaturkontroll. Inga avvikelser av hög allvarlighetsgrad återfanns. Ny Riktlinje gällande Läkemedelshantering tillkommer under HT 2021, samt Lokal Rutin för Läkemedelshantering på var enhet. Extern granskning har utförts av Svensk Dos AB/Apotek Kronan 211018. Vid granskning deltog Sjuksköterska, Omvårdnadspersonal, Enhetschef, Enhetschef för kommunal Hälso- och sjukvård samt MAS. Underlag har erhållits av var enskild enhet, samt en sammanfattande bedömning av Apoteket. (Extern granskning, sammanfattning återfinns under Rubrik: Stärkt analys, lärande och utveckling sid 15).

**Basala hygienrutiner** – Kontroll av basala hygien- och klädrutiner har genomförts i våra verksamheter. Överlag har ett gott 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. Ny Riktlinje gällande Basal hygien i vård och omsorg har tagits fram. I riktlinjen framgår det behovet av kontinuerlig fortbildning och krav på årlig webbutbildning finns nu. Förvaltningen kommer under kommande år ingå i SKR:s PPM mätning gällande basala hygienrutiner för att få en bra överblick samt möjlighet att jämföra på läns samt nationell nivå. Utifrån ett strukturerat mätinstrument underlättar det för verksamheterna att insätta adekvata åtgärder anpassade för var arbetsgrupp.

**Nattfastemätning** – Är inte utförd på grund av pandemiarbete som prioriterats i verksamheterna samt skifte av MAS gånger flera under året. Dock har verksamheterna under flertalet år påvisat goda resultat, i dialog med verksamheterna har inte dessa förutsättningar förändrats och förmodligen är det fortsatt tillfredsställande resultat gällande nattfasta.

Att ta i beaktande för kommande mätningar är: Hur relevant är fastemätningens mått? Aktuell forskning påvisar att nattfasta är under omständigheterna ett förhållandevis irrelevant mått i förhållande till någons hälsostatus. Då antalet nattfastetimmar inte garanterar att du har en god vikt för ålder/sjukdomsbild samt får i dig den näring du behöver via kost. Ett mer relevant mått än nattfastemätning är att kaloriräkna vårdtagare under X antal dygn, för att se att individen får i sig tillräckligt med näring per dygn, oavsett klockslag. Dialog kring ändring av mätmetod förs med Länets Nutritionsråd, och möjligheten finns att Gnesta kommun provar på den alternativa mätmetoden (kalorimätning) under HT 2022.

## 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.

På grund av identifierade brister av socialförvaltningens hantering av avvikelser, Lex Sarah samt Lex Maria genomfördes under året en omfattande genomlysning på området. Genomlysningen och arbetsinsatsen utgick från modellen *Innovationsguiden* med lärarytt stöd från *Forskning och utveckling i Sörmland*, FoU. Resultatet blev en ny riktlinje för avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria, en process för avvikelser med tillhörande rutin och en process för Lex Sarah/Lex Maria med tillhörande rutin samt standardiserade utredningsmallar, avvikelssammanställning och en kommunikationsplan. Det skapades också ett diskussionsunderlag för arbetsplatsträffar (APT) gällande avvikelser och Lex Sarah/Lex Maria. Samtligt material är kommunicerat och till viss del implementerat i verksamheterna.

I analysarbetet med avvikelshantering inför patientsäkerhetsberättelsen, framkom det att behov av ytterligare information och implementering ut till verksamheterna är nödvändigt för ökad kunskap och säker vård gällande avvikelser och Lex Maria.

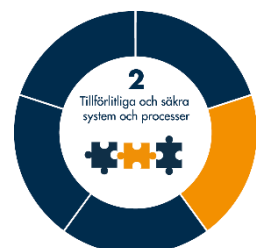
Tre händelser har under året utretts av MAS/MAR gällande vårdskada alternativt risk för vårdskada. Två av utredningarna påvisade inga brister från verksamheten eller allvarlig vårdskada. En händelse gällande HSL uppdrag utförare hemtjänst december 2021 bedöms som risk för vårdskada, utredning pågår av MAS gällande Lex Maria.

Utredning och händelser på verksamhetsnivå beskrivs vidare under rubrik: Avvikelser sid. 16.

Bedriva säker vård kräver kunskap, kvalitet och patientsäkerhet behöver ofta vara mätbar för att kunna svara på om den varit säker eller inte. Bedömningar genomförs idag, men främst på individnivå. För att vården ska vara säker behöver den bedrivas på individ, verksamhet och förvaltningsnivå. För att uppnå det framledes kommer arbetet utvecklas med: vedertagna kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativa registret), delta i PPM, strukturerat arbete utifrån tidigare nämnda verktyg från SKR samt skapandet av 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 bra resultat i dessa mätningar och verktyg, steg ett är att starta upp 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

Det förekommer gode exempel ute i våra verksamheter, det som framkommer i analysarbetet med patientsäkerhetsberättelsen är att det inte finns någon gemensam bild, utan var enhetschef har skapat sitt eget system (om än i flera fall välfungerande) så är det avsaknad av samsyn, vilket till stor del påverkar hur säkert en process eller ett system upplevs. Att under kommande år starta upp det systematiska kvalitetsarbetet med material från SKR, är förhoppning att det här området kommer att bli mer tillförlitligt med ökad samsyn. Att arbeta med systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ligger även i linje med Nära Vård: ”Omställningen innebär att flytta fokus från sjukdomar och institutioner till ett hälso- och sjukvårdssystem som är designat för människor. Att vårdens tjänster ger stöd till ett gott liv med god hälsa” (SKR).

### Övrigt:

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 frågeformulär. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Processen har sett ut som följer; sjuksköterskorna i kommunen lämnar underlag (utifrån frågeformuläret) till enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonalen som tillsammans med MAS, träffar respektive vårdcentralers ledning. Därefter sammanställs resultatet i en rapportmall, underlag för mötesstruktur samt rapportmall erhålls via samverkanswebben. Rapporten delges Hälsoval vilka ansvarar för fördelning av SÄBO till respektive vårdcentral.

I samarbete med Region Sörmland och ansvarig primär vård utförs kontinuerligt enkla läkemedelsgenomgångar, det har även vid behov och enligt rutin utförts fördjupade läkemedelsgenomgångar.

## 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

**Teamkonferens** – Underlag framtaget av Hälso- och sjukvårdsenheten, utvecklats vidare av HSE, de särskilda boendena samt hemtjänsten. Teamkonferenser innebär återkommande möten där flera professioner möts för att lösa brukares behov utifrån ett helhetsperspektiv. Det innebär både ett förebyggande samt trygghetsskapande arbete för vårdtagaren. Det praktiska arbetet har uppstartats, men behöver utvecklas.

**Jourtelefon** - Hälso- och sjukvårdsenheten har infört en förändring i den dagliga verksamheten för stärkt säkerhet, gällande jourtelefon för att nå sjuksköterska. Telefonen är påslagen och bemannad dygnet runt för att säkra att övriga medarbetare internt men även externa aktörer alltid ska kunna komma i kontakt med leg. personal.

**Gemensamma riktlinjer länets masnätverk** – I länets nätverk för MAS/MAR har flera riktlinjer tagits fram gemensamt för att ge ökad samsyn och tyngd för vad som är övergripande för hela länet, vissa lokala avvikelser förekommer på kommunnivå, ofta i relation till kommunens storlek.

**Nya Hälso- och sjukvårdsriktlinjer kommunen** – En omfattande revidering av kommunens Hälso- och sjukvårds riktlinjer genomfördes under året för att skapa en klarare struktur och tydlighet. Arbetet kommer fortgå, att tillsammans med verksamheterna genomföra likvärdigt arbete gällande Rutiner inom Hälso- och sjukvård.



**Vaccinering** – Kommunens sjuksköterskor har tillsammans med Regionens primärvård utfört stor arbetsinsats för att möta behovet av vaccinering för Covid-19 dos 2 och 3 under året. Kommunen har erbjudit vårdtagare inom kommunens hälso- och sjukvård, vaccinering skyndsamt, även medarbetare har erbjudits inom gott tidsintervall, kommunen har svarat upp väl mot rekommendationerna för vaccinering.

**Demensvård** - Demensdagvården har under året utvecklats genom att arbeta mer personcentrerat och att arbeta aktivt med levnadsberättelsen samt Socialstyrelsens målnivåer för indikatorer. Alla enheter på särskilt boende har under hösten arbetat med Socialstyrelsens målnivåer för indikatorer:

- Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande
- Strategier för bemötande i genomförandeplanen
- Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans

**Personalbrist – kompetens – kontinuitet** – I arbetet med patientsäkerhetsberättelsen har behov uppdragats gällande utveckling för att skapa säker vård inom området. Åtgärdsbehov finns på både verksamhets och förvaltningsnivå. Då frågan är en övergripande organisationsfråga är det inget ämne som fördjupas i patientsäkerhetsberättelsen.

**Palliativ plan** – Region Sörmland har tagit fram en ny Palliativ plan för region och kommun, den introducerades på höstens läkar- och sjuksköterskedagar. Utvärdering sker efter sommaren 2022 av regionen, kommunerna i länet kommer utvärdera planen gemensamt via MAS nätverk inför sommaren 2022 och lämna underlag till Hälsoval. Planen har varit i bruk för kort tid än, för att det ska gå att utvärdera om den är bra eller inte, dock är det positivt att det finns en palliativ plan.

**Nationell patientöversikt [NPÖ]**- Stöd för sjuksköterskor att se viss del av vårdtagarens medicinska journal hos Regionen (samtycke krävs). Under året har det varit bristfällig funktion i system - NPÖ, vilket påverkat sjuksköterskors möjlighet att se provsvar i tid, ex. Covid-19. Det har i sin tur påverkar belastning på såväl våra verksamheter som Regionens Primärvård. Åtgärder ska vara vidtagna och från 31 januari 2022 ska systemet nu fungera.

## 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.

Förvaltningen är ansluten till tre kvalitetsregister inom området: Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD registret. Som tidigare nämnt kan arbetet med de nationella kvalitetsregistren utvecklas.

### Senior Alert

Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Vid kontroll av register och utdrag av statistik (se Bilaga 2 för schematisk översikt) framgår det att i det närmaste alla vårdtagare är registrerade i Senior alert. Riskanalyser har utförts men svårt att utläsa om de åtgärder som framkommit har implementerats eller inte. Kvalitetsregistrets rekommenderade tidsintervall överskrids, sannolikt kopplat till Hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsbelastning under pandemi och antal i personalstyrka, som inte varit fulltaligt. Det saknas en rutin för hur registrering i Senior Alert samt arbetsmetod ska gå till, det är något verksamheten behöver ta fram under kommande år.



## **BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens**

En nystart med BPSD-registret genomfördes 2019, på grund av pandemin har demenssamordnare tillsammans med omvårdnadspersonal fokuserat på personer med hög BPSD-problematik. Där av ligger Gnesta kommuns snitt av individers negativa mående i registret högre än både Södermanland och Riket. Neuropsychiatric Inventory [NPI] är den skattningsskalan där personens mående mäts i registret. Antalet individer/registreringar är för lågt för att skapa en statistiskbild där avidentifiering kan garanteras. Fortsatt arbete kommer ske under 2022, plan kommer utformas i demensvårdsplan som kommer att tas fram, där även mål sätts upp. Mål är att alla vårdtagare med demens ska vara registrerade i BPSD-registret.

### **Senior Alert/BPSD/Teamkonferens**

Under året har en ny rutin för teamkonferens tagits fram, i det forumet är det lämpligt att arbeta med/och utifrån kvalitetsregister Senior Alert och BPSD. Samarbetet mellan olika yrkeskategorier behöver stärkas så att registrering i kvalitetsregister blir en teamsamverkan med vårdtagaren i centrum. På våra särskilda boenden har det arbetet uppstartat med positiv effekt från verksamheterna, där upplevelsen är stärkt samarbete, ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonal samt att vårdtagares delaktighet har ökat och är mer aktiv i sin egen vård.

### **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 3A, 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) Förbättringsmöjligheter finns för munhälsobedömning och smärtskattning (sjuksköterskans ansvar).

### **Palliativa registret sett till län och rike**

Spindeldiagram (se bilaga 3) 3B visar länets resultat och 3C 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.

Förbättringsområden:

- Dokumenterat brytpunktsamtal (läkarens ansvar)
- Smärtskattning sista veckan (sjuksköterskans ansvar)
- Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan (sjuksköterskans ansvar)

De ovannämnda kvalitetsindikatorerna har varit bristfälliga under flertalet år, en gemensam satsning mellan länets kommuner och Region Sörmland kommer att genomföras för att försöka förbättra resultatet inom dessa områden.

### **Externgranskning – Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek 211018, 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, inget av allvarlig grad, 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 patientens journal för att säkerställa spårbarhet.

### **Extern granskning – Hygiensjuksköterskor**

Hygiensjuksköterskor från Regionen utförde en granskning/hygienrond 211208 enheten som granskades i år var kortvårdsavdelning. Det hygienronden observerar är att det är en trångbodd enhet, 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 4. Kommunen har ett väl godtagbart datum för hemtagande av sina vårdtagare som vistats ineliggande på lasarett. Slutet vården 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 och de första besluten har nu kommit i tillsynen. Tillsynen granskar förutsättningar för individuell vård och behandling. Under 2021 fortsätter IVO tillsynen av kommunerna och regionernas arbete med den medicinska vården för de som bor på särskilda boenden. IVO kommer att återkoppla utredning till vårdgivare. Återkoppling har inte skett än.

### **Öppen jämförelse**

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra socialtjänstens kvalitet med andra kommuner. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. Socialförvaltningen kommer under 2022 ta ett större omtag kring öppna jämförelser. Resultatet kommer analyseras och användas som en av flera informationskällor när verksamheten planeras. I årets patientsäkerhetsberättelse sker ingen fördjupning gällande resultat.

## **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) för perioden 210101 – 210831. Vid granskning framkom det att enbart avvikelser inom Fall registrerades inom lagrum HSL. Det medför att statistik som tas ut kan bli missvisande. Mas ändrade lagrum för de avvikelser som innefattas av HSL, information delgavs chefer och verksamhet gällande avvikelser och lagrum (SOL, LSS och HSL) samt framtagande av ny Riktlinje. Det som framkom som förbättringsområden gällande hantering av avvikelser på verksamhetsnivå:

- Avvikelsen saknar ofta risk och händelseanalys
- Avvikelsen saknar ofta åtgärder
- Avvikelsen saknar ofta uppföljning



Avvikelse lyfts på APT i verksamheterna, sannolikt insätts åtgärder i flera ärenden, dock går det inte att avgöra om några effekter uppnås, då det oftast inte dokumenteras i rapportmodulen. Rutin för avvikelshantering på verksamhetsnivå finns (se Rubrik: Ökad kunskap om inträffade vårdskador, sid 12) variation förekommer i hur det sköts. Vissa verksamheter/chef arbetar aktivt med avvikelser, enligt rutin och det går att följa statistik och trender, medan andra verksamheter inte arbetar med avvikelser. Det påverkar sammantaget resultat, och bedömning av förebyggande patientsäkerhetsarbete. För att få samlad statistik till patientsäkerhetsberättelse har man utfört sökning av avvikelser.

### **Interna avvikelser – statistik**

Statistik för årets avvikelser presenteras schematiskt i Bilaga 5A. Avvikelse kan granskas på olika nivåer/sökord. Förvaltningen har valt att följa fyra grupper/sökord inom HSL, de är utvalda utifrån vanligast förekommande, lämpliga att följa över tid/trender samt en rimlig nivå för verksamheternas chefer att hinna följa upp och dokumentera. HSL grupper/områden som följs:

- Fall
- Medicinskt teknisk produkt
- Omvårdnad och övriga områden (ex. dokumentation, signeringslistor, samverkansfrågor)
- Läkemedel

Grupper kan brytas ner ytterligare för kartläggning, om en verksamhet vill arbeta med en specifik typ av händelse/avvikelse mer i detalj.

### **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 dokumenteras. 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 där några orsaker till årets resultat framkom:

- Medarbetare blivit bättre på att skriva avvikelser
- Höga trender – Fall – individbundna ärenden (åtgärder insatta)
- Läkemedel – stress, låg bemanning/få personal på plats
- Brister i planering och kommunikation

Bilaga 5 B är en schematisköversikt gällande avvikelser från tidigare år, som nämnt i text förekommer det incitament som kan medföra att statistik inte är helt korrekt. Fördelning av avvikelser är liknande, det är en nedgång under 2020, vad det beror på går inte att härleda, möjlig orsak är att arbetet i verksamheterna till stor del lades på pandemiarbete, så avvikelser inte skrev i samma utsträckning. Det går inte att följa om några specifika förbättringsarbeten föranledde resultatet.

### **Interna avvikelser - Läkemedel**

Avvikelse som tillhör gruppen, läkemedel - Bilaga 5 C, visar en enkel uppställning av de olika avvikelsetyper som är vanligast förekommande inom området. Vid analysarbetet av avvikelser har insulinhantering påvisat brister, här behöver rutin uppdateras av verksamheten och kompetenskrav ses över för att minska patientrisk. Hanteringen av avvikelser är ett förbättringsområde för kommande år för att arbeta mer proaktivt med exempelvis läkemedelsincidenter.

## Externa avvikelser

### Avvikelser mellan Gnesta kommun och Region Sörmland

Avvikelsehantering sker via Regionens digitala avvikelssystem Synergi. Inga avvikelser av allvarlig grad har förekommit. Gnesta kommun har fått in 6 till oss från Regionen, övriga 14 har kommunen skickat till olika enheter inom regionen.

Åtgärder är inlagda i systemet av respektive huvudman, det som går att utläsa i systemet är att båda huvudmännen kan förbättra uppföljningshantering. Uppföljning sker säkerligen ute i respektive verksamhet men går inte att utläsa i systemet. Ingen avvikelse av allvarligare grad har förekommit. Avvikelseystemet Synergi används idag enbart av Eskilstuna och Gnesta kommun av länets kommuner, systemet är relativt omständligt för en extern användare att nyttja. Förvaltningen får framledes ta ställning till om Synergi ska fortsätta nyttjas, eller avvakta avvikelssystem där alla kommuner kommer att ingå. Övriga kommuner i länet för avvikelsehantering analog med Regionen.

### Avvikelser Folk tandvård

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2021.

### Avvikelser hjälpmedelscentralen

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2021.

## 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 påbörjat en process för synpunkter och klagomål. Förvaltningen har en låg grad av inkomna synpunkter och klagomål, om det kännetecknar en höjd nöjdhetsgrad alternativt att process för att lämna ett klagomål eller synpunkt har brister är svårt att bedöma.

De flesta klagomål 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, vaccinering, bli smittad, ovaccinerad personal
- Varierande användning av munskydd av hemtjänstpersonal vid hembesök (dock ska här tydliggöras att alla hembesök 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 verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg har varit två under året. Ett från patientnämnd under mars månad, samt ett i november från IVO. Båda synpunkterna är besvarade i tid, enligt gällande rutin och praxis. Ärende hos patientnämnd är avslutat, och inget fel har begåtts av kommunen. Underlag till IVO i november gällde uppgiftsinhämtning till individärende hos Region Sörmland, ingen återkoppling har skett än.

## 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.



## **Framtiden med pandemi**

Som alla verksamheter har förvaltningen fått anpassa sig till pågående pandemi och förbättrat oss. Det har gett en ökad kunskap gällande basala hygienrutiner, ökat lager av skyddsutrustning (förebyggande) och en ökad medvetenhet i varje verksamhet, med rekommendationer som ändras snabbt, där verksamheter behöver vara följsamma och kunna ställa om vid behov, ibland med kort varsel. Verksamheterna har gjort ett väl arbete relaterat till pandemi, vi har haft en låg smittspridning under året.

Det vi tar med oss är att vi behöver anpassa oss mer till en pandemi – mer än att enbart ställa om. Pågående pandemi har nu pågått i cirka två år, och många av verksamheternas pågående arbeten, utvecklingsområden, förbättringsområden har fått pausa under lång tid. Här kan vi ta lärdom, en pandemi består av toppar och dalar, det förekommer toppar som är tuffa för verksamheterna att ta sig igenom, men även längre perioder, månader med i stort sett normal verksamhet. I dessa perioder kan vi då, när det är möjligt, plocka upp de övriga områden som blivit satta på paus. Två år är en lång tid och vi behöver utveckla oss i att hitta vägar för att anpassa oss, så vårt övriga förbättringsarbete och driva våra verksamheter framåt ändå kan fortgå, för att ge god och säker vård.

## **SKR verktyg**

Metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, har nämnts gånger flera i patientsäkerhetsberättelsen, verktyget kan vara ett stöd för verksamheter, finns det en systematisk kartläggning och förbättringsarbete är det också lättare att ställa om när situationen kräver.

## **Nära Vård projektuppstart och framtidsplan**

En stor utmaning för hälso- och sjukvården för framtiden är demografisk betingad, då gruppen äldre som behöver stöd kommer att öka i kommun, län såväl som riket. Här kommer det 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, Nära Vård – innefattar dessa utmaningar. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen och har sedan brutits ner till en verksamhetsnivå. Sörmlands Län har valt att starta ett projekt för att samverka i arbetet och dess utmaningar. Projektet startade i september 2021 och drivs av FoU med två projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare som deltar i projektet, som pågår fram till sommaren 2023. Under våren går de lokala processledarna utbildning inom Nära Vård tillsammans med FoU. Sedan är planen att de lokala processledare ska fungera som kanal mellan Kommun – FoU- Region för informationsflöde. Kommunen behöver sedan själv 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 sett, det är där projektet ska vara ett stöd i att utkristallisera, men även att öka samverkan mellan huvudmän.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Utifrån årets patientsäkerhetsberättelse framkommer det att utmaningar finns inom samverkan och kontinuitet i våra verksamheter. Det framkommer även förbättringsområden i vilken grad granskningar och kontroller ska kunna genomföras och mätas adekvat. Förvaltningen behöver i större utsträckning ingå i vedertagna system som erbjuds nationellt för att kunna mäta förbättring, kartlägga brister samt insätta adekvata åtgärder. Genom strukturerade arbetsformer kan mätning och jämförelse ske internt såväl som externt.

Mål är framtaget, och tanken med målet är långsiktigt och övergripande, 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”. Delmål är skapade utifrån de utmaningar och förbättringsområden som framkommit i årets patientsäkerhetsberättelse. Strategier och åtgärdsplan följer delmål, och byts ut, utvecklas vart efter de är uppnådda. Av vikt att ha mål, delmål, strategier övertid för att kunna mäta förbättring och utveckling. Tanken är att framlagt mål och delmål ska ligga till grund till förvaltningens kommande arbetet med lokal patientsäkerhetsplan.

#### Mål:

#### Säker vård med mätbara delmål för ökad kvalitet och stärkt patientsäkerhet

#### Delmål:

- Framtagande av lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan
- PPM extern mätning
- Kompetenshöjandeinsatser, kompetensinventering, internutbildning, webbutbildningar
- Strukturerat arbete med kvalitetsregister
- SKR verktyg - systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Revideringsarbete rutiner (utifrån Hälso- och sjukvårds Riktlinjer som togs fram HT 2021)
- Teamkonferens
- Förbättrad avvikelshantering
- Framtagande av lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument

#### Strategier:

Delmål	Strategi
Lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan	MAS i samarbete med HSL ansvarig chef och utökad ledningsgrupp ta fram patientsäkerhetsplan för våra verksamheter för 2022–2024.
PPM extern mätning	Ingå i SKR:s mätningar genom att uppgifter läggs in av utsedda användare i aktuell databas, utifrån nationellt årshjul gällande PPM mätning, MAS huvudansvarig men verksamhetsaktörer är ansvariga för uppgiftsinlämning.
Kompetenshöjandeinsatser, kompetensinventering, internutbildning, webbutbildningar	Kompetensinventering på enhetsnivå. Kvalitetsteam med MAS ta fram årshjul för kontinuerlig och adekvat webbutbildning samt information. Verksamheter utför kompetensinventering, MAS i samarbete med Hälso- och sjukvårdsenheten ta fram passande internutbildningar – som svarar upp mot verksamheternas genomförda kompetensinventeringar.
Strukturerat arbete med kvalitetsregister	Utveckla arbetet med kvalitetsregister, genom utbildning och framtagande av rutiner samt samverkan.
SKR verktyg - systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	Uppdrag för kvalitetsteam och MAS - för att sedan implementera i utökad ledningsgrupp under 2022–2024.
Revideringsarbete rutiner HSL	Fortgående arbete övertid. Översyn/kartläggning av Hälso- och sjukvårdsenhet tillsammans med MAS att göra prioriteringsordning under våren, de med högst prioritet färdigställda under HT 2022.
Teamkonferens	Fortsatt implementeringsarbete och samverkan i verksamheterna utifrån framtagna rutiner av HSE. Mätbara mål på verksamhetsnivå behöver tas fram av respektive enhetschef.
Förbättrad avvikelshantering	Fortsatt implementering i verksamheterna (och utbildning vid behov) av avvikelshanteringsprocess framtagna av kvalitetsteam. Kontinuerlig uppföljning av kvalitetsteam.
Lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument	Skapas av MAS och kommunens demensvårdsutvecklare färdigställd HT 2022.

## Bilaga 1. – Internkontrollplan

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 Ekhagen	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, avvikelsehanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång per år per enhet	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Ekhagen	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.

## Bilaga 2. – Senior Alert

	Unika personer	Antal riskbedömningar	Antal riskbedömningar med risk	Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde
Gnesta kommun	91	94	89	87
Ekhagen Socialförvaltningen	7	7	6	6
Gnesta Hemsjukvård Hälso- och sjukvårdsenheten Socialförvaltningen	36	38	35	33
Liljedalshemmet Socialförvaltningen	6	6	6	6
Strandhagen	43	43	42	42

Procentuellt i Gnesta kommun:

95% - Utförda antal riskbedömningar

98% - Bakomliggande orsak vid risk

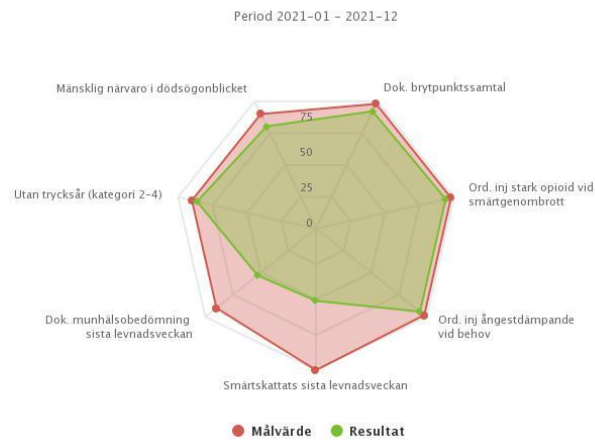
97% - Åtgärdsplan vid risk

## Bilaga 3. – Palliativ registret

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

**A.**

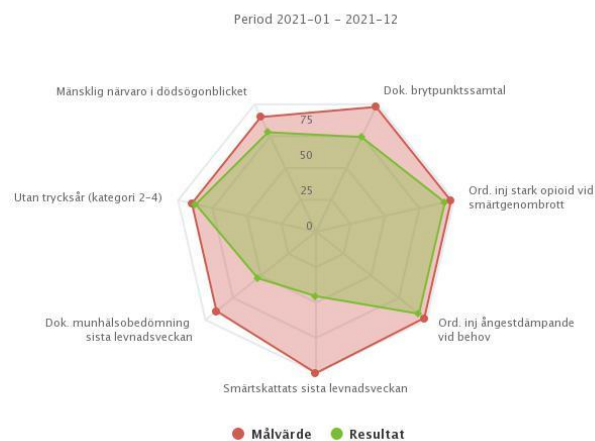
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport.

**B.**

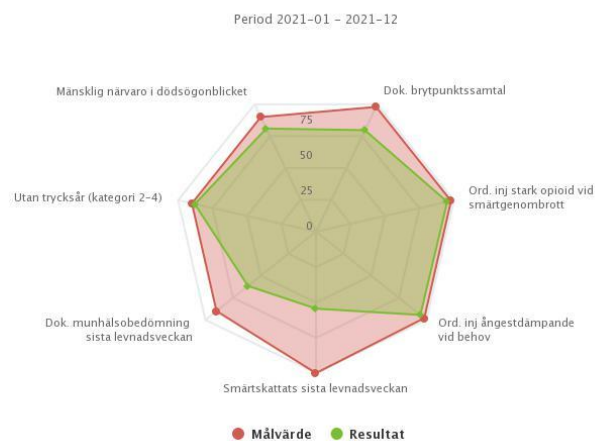
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport.

**C.**

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

## Bilaga 4. UK- datum

Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
<a href="#">Alla län</a>	3 833	10 580	2.8
<a href="#">Södermanlands län</a>	99	284	2.9
<a href="#">Eskilstuna</a>	17	31	1.8
<a href="#">Flen</a>	10	24	2.4
<a href="#">Gnesta</a>	6	10	1.7
<a href="#">Katrineholm</a>	6	8	1.3
<a href="#">Nyköping</a>	20	106	5.3
<a href="#">Oxelösund</a>	10	43	4.3
<a href="#">Strängnäs</a>	15	35	2.3
<a href="#">Trosa</a>	10	18	1.8
<a href="#">Vingåker</a>	5	9	1.8



## Bilaga 5. – Avvikelser

### 5 A – Avvikelsestatistik HSL 2021 januari - december

HSL-avvikelser	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt:
<b>Fall</b>	<b>61</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>62</b>	<b>51</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>71</b>	<b>81</b>	<b>46</b>	<b>55</b>	<b>650</b>
<b>Medicinteknisk produkt</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>19</b>
<b>Omvårdnad och övriga områden</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>90</b>
<b>Läkemedel</b>	<b>29</b>	<b>70</b>	<b>22</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>44</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>408</b>
<b>Totalt:</b>	<b>98</b>	<b>123</b>	<b>66</b>	<b>82</b>	<b>106</b>	<b>116</b>	<b>85</b>	<b>77</b>	<b>96</b>	<b>125</b>	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>1167</b>

### 5 B – Avvikelsestatistik jämfört mot tidigare år

HSL-avvikelser	2019	2020	2021
<b>Fall</b>	<b>594</b>	<b>516</b>	<b>650</b>
<b>Medicinteknisk produkt</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>19</b>
<b>Omvårdnad och övriga områden</b>	<b>268</b>	<b>61</b>	<b>90</b>
<b>Läkemedel</b>	<b>401</b>	<b>319</b>	<b>408</b>
<b>Totalt:</b>	<b>1285</b>	<b>903</b>	<b>1167</b>

### 5 C – Avvikelse HSL: Läkemedel, de främst förekommande avvikelserna inom gruppen.

Identifierade risker	Allvarlig	Mindre allvarlig
<b>Underlag inhämtat från inkomna avvikelser 2021</b>		
Utebliven dos	X	
Fel dos	X	
Överdosis	X	
Fel i samband med dosett		X
Fel i hantering med insulin	X	
Risk för fel, dessa består vanligen av ej signerade tillfällen		X