
Av



Patientsäkerhetsberättelse

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2023-03-01

Anette Danielsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

Inledning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Nationella kvalitetsregister	6
Agera för säker vård	7
Resultat och analys	9
Mål och strategier för kommande år	13

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva 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, fortlöpande utvecklat och säkrat kvaliteten i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. §3). Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet (Socialstyrelsen)

Den 1 april 2022 klassades inte längre covid-19 som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Samhället återgick successivt till en mer normal vardag som inte präglades av restriktioner. Medarbetare inom avdelningen för omsorg har dock varit fortsatt ålagda att efterfölja så väl nationella som regionala restriktioner. Enligt Folkhälsomyndighetens beslut fortsatte arbetet med smittspårning i verksamheter som vårdar eller har omsorg om personer med en hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19. Förebyggande arbete har fortsatt inom omsorgen med förstärkt vaccination till boende inom särskilt boende och LSS boende samt i ordinärt boende för personer anslutna till hemsjukvården.

En blick framåt

För att klara det förväntade ökade behovet av vård och omsorg måste satsningen på den digitala utvecklingen fortsätta. Att utveckla de förebyggande och hälsofrämjande insatserna är en angelägenhet för hela kommunen. Flertalet nya system och därmed också säkrare samt effektivare arbetssätt har implementerats under 2022. Systemet Appva har införts för en säkrare hantering av signering av HSL insatser som nu görs digitalt med möjligheter att kvalitetssäkra och följa upp verksamheten. Ett nytt larmsystem har installerats på både Mariahemmet och Solgläntan som ger en tydlig överblick vad gäller loggning och statistik. Även larmsystem i ordinärt boende har bytts då avtalet med dåvarande larmleverantören löpte ut. DF Respons, som implementerades hösten 2021, har fortsatt att förbättras och anpassats efter verksamheterna.

Övergripande mål och strategier

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

Socialförvaltningens mål är att fortsätta arbeta efter det systematiska kvalitetsarbetet för att skapa en god säkerhetskultur. Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetare på intranätet.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare

Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som till exempel hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighet och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientlagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att tillse att gällande lagstiftning uppfylls (SOSFS 2011:9).

Socialnämnd

Socialnämnden i Torsås kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter, samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Avdelningschef Omsorg

Avdelningschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamheten ska ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter, för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar, tillsammans med avdelningschefen, för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.

Enhetschefer

Chefer har det övergripande kvalitet- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Chefer ska arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att

hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när en delegerad arbetsuppgift utförs.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker internt och externt genom ett flertal nätverksgrupper. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning samt att utvecklingsprojekt genomförs både inom kommunen samt länsgemensamt.

Extern samverkan	Omfattning	Källa
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)	4 ggr/år	Mötesprotokoll (Länsgemensam ledning)
Samordnade äldregruppen	6 ggr/år	Nyhetsbrev
LINK möte med vårdsamordnare Torsås hälsocentral, biståndshandläggare och HSL enheten.	5 ggr/vecka (vardagar)	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Samordnad Individuell plan (SIP)	Vid inskrivning i hemsjukvården samt vid behov	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Informationsöverföringsgrupp	2 ggr/år	Nyhetsbrev
Länsgrupp rehabilitering/habilitering	4 ggr/år	Minnesanteckning.
Analysgruppsmöte	4 ggr/år	Minnesanteckning
MAS/MAR och VC-nätverk	9 ggr/år	Minnesanteckning
Kommunernas hjälpmedels-samverkan (KHS)	8 ggr/år	12 kommuner samverkar genom gemensam nämnd
Avstämning kommuner i södra länsdelen	2 ggr/månad	Minnesanteckning

Intern samverkan	Omfattning	Källa
Teamträffar	Hemtjänst och SÄBO varannan vecka Varje vecka på korttid	Rutin Teamträffar

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter/brukare och närstående har möjlighet att lämna sina åsikter på verksamheten via mejl, telefonsamtal eller på en särskild blankett med överskrift "Säg vad du tycker". Vid samordnad individuell plan (SIP) är patient och eventuellt anhöriga/närstående delaktiga och vid utredning av allvarliga händelser har patient möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev, telefonsamtal eller personligt besök.

Nationella kvalitetsregister

Hälso- och sjukvårdsenheten deltar i nationella kvalitetsregister. Registrering av bedömningar, skattningar och mätningar bidrar till ny kunskap om åtgärder som förbättrar livskvalitet och lindrar lidande. För att arbete med kvalitetsregister ska ge ett resultat krävs ett multiprofessionellt teamarbete.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till äldre personer (över 65 år) med ökad risk för att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Enligt Torsås kommuns lokala rutin ska omsorgstagare som flyttar in på särskilt boende erbjudas en riskbedömning i Senior alert minst en gång/år. Omsorgstagare på särskilt boende som har ramlat 2 ggr på en månad ska ha en reviderad riskbedömning utifrån ny situation.

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens såsom aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar för personer med demens är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar omvårdnaden i livets slut. Resultatet används för att mäta omvårdnadens kvalitet i relation till definierade kriterier för god vård i livets slut enligt nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

Agera för säker vård

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Avvikelsehanteringen inom hälso- och sjukvård regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en rapporteringsskyldighet för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Enligt föreskrifterna är socialförvaltningen skyldig att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från medborgare och medarbetare.

Avvikelser

Systematisk avvikelsehantering är en viktig del i socialförvaltningens kvalitets- och ledningssystem och det möjliggör ett tydligt sätt att utveckla verksamheten. Inom Socialförvaltningen används verksamhetssystemet DF Respons för avvikelserrapportering.

Avvikelse är något som avviker från genomförandeplan, normal rutin, tar tid och/eller är kostsamt att rätta till, oavsett om det handlar om misstag, situationer/bemötande som lett till eller kunnat leda till skada. En avvikelse kan röra sig om brukarens/klientens vård och behandling eller brister i utförandet av en insats. Det kan också vara situationer där brukaren/klienten far illa eller riskerar att fara illa på grund av personalens situation och arbetsmiljö, brand, stöld eller skadegörelse på yttre miljö och/eller egendom. En avvikelse kan också beröra administrativa rutiner och brister i rättssäkerhet.

Avvikelsehantering innebär även att utreda, fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt samt sammanställa och återkoppla erfarenheterna till verksamheten. Samtliga avvikelser behandlas inom organisationen,

utreds av aktuell enhetschef och diskuteras på Teamträffar.

För att kunna bedriva ett effektivt och systematiskt förbättringsarbete där avvikelser rapporteras och åtgärdas är det nödvändigt att det råder en öppenhet i verksamheten så att medarbetare rapporterar inträffade händelser. En avgörande faktor för hur väl detta kan uppfyllas är bland annat det stöd och förhållningssätt som chefer i verksamheten kan bidra med. Ledningen ska uppmuntra och välkomna ett arbetssätt som innebär att medarbetarna uppmärksammar risker och inträffade avvikelser. Sammanställning av avvikelser görs kvartalsvis av MAS och redovisas på socialnämnden samt på omsorgens ledningsgrupp.



Informationsöverföring

HSL organisationen i Torsås kommun har sedan december 2021 en utökad behörighet i Regionens journalsystem Cosmic. Behörigheten innebär att HSL-personal i kommunen, efter att patienten har gett samtycke till sammanhållen journalföring, får tillgång till den dokumentation som finns från primärvård och slutenvård. Detta innefattar journalanteckningar, läkemedelslista, provsvar med mera. Patientsäkerheten stärks men ger också en ökad effektivitet eftersom samarbetet förbättras mellan de två huvudmännen och medför förståelse för varandras arbete.

Omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal samverkar mellan två olika lagrum, vilket kan påverka patientsäkerheten. För att säkra informationsöverföringen mellan lagrummen används verktyget Life Care meddelande. Information som gäller medicinska frågor om brukare/patient som är anslutna till hemsjukvården ska i LifeCare meddelande skicka till alla professioner som är inblandade i brukarens/patientens vård och omsorg. När beställning av bland annat originalförpackning av läkemedel, förbrukningsartiklar, ska Appva användas för informationsöverföring.

Dokumentation

Dokumentationsskyldighet gäller för samtliga verksamheter.

HSL – uppdrag

Vid insatser som delegeras/överlämnas till medarbetare i omsorgen skickas dessa via Procapita HSL-uppdrag till mottagare i LifeCare enligt rutin. Syftet är att tydliggöra och reglera ansvar samt uppdrag vid delegering och ordination till medarbetare inom omsorgen och personlig assistans.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård och omsorg utgår från patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården innebär ett partnerskap mellan patient/närstående och personal inom vård, omsorg och rehabilitering. Det är de enskildes behov som styr och inte huvudmannens organisation.

Samordnad individuell plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en samordnad individuell plan (SIP) eftersom samordning behövs. SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård och omsorg.

SIP kan genomföras med eller utan den enskilde, men samtycke måste alltid finnas från den enskilde. Hälso- och sjukvård och socialtjänst har en skyldighet att delta i SIP. Resultat har visat på en ökad patientsäkerhet när patienten och de olika professionerna samlas och i samråd med patienten planerar och dokumenterar de insatser som ska utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna ska genomföras. Arbetsättet bidrar till personcentrerad vård.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

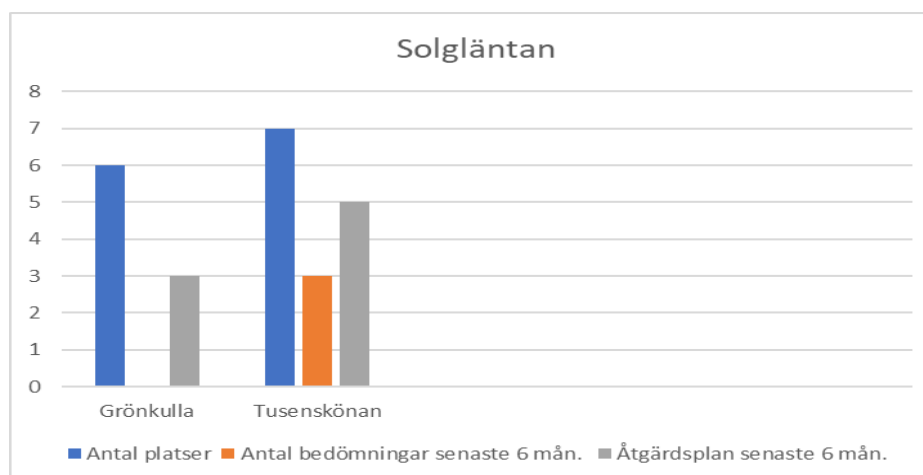
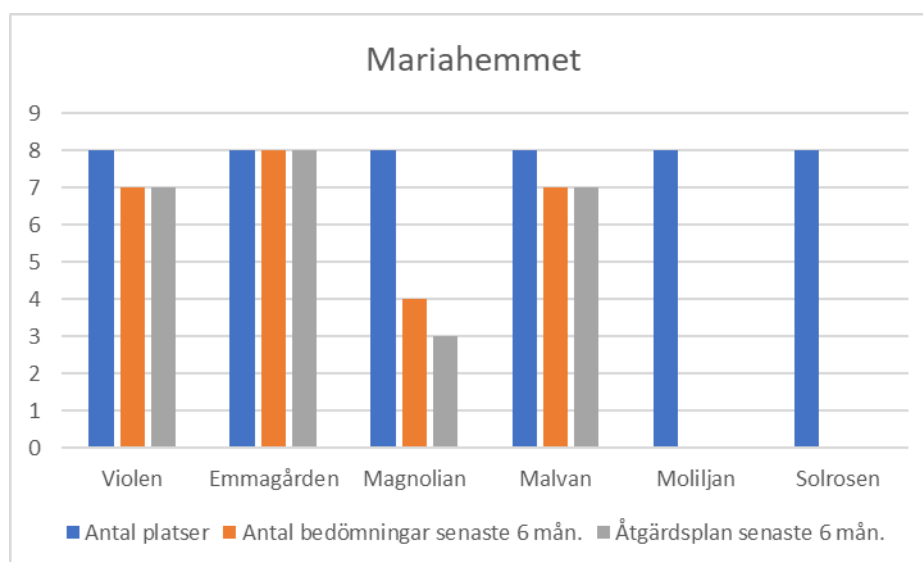
För att säkerhetsställa informationsöverföringen mellan vårdgivare har legitimerad personal behörighet att ta del av journal som registrerats hos region och privata vårdgivare. Tillgång till information ökar förutsättningarna för en god samordning mellan vårdgivare.

Resultat och analys

Senior alert

Riskbedömningar och åtgärdsplan genomförs på samtliga boende men antalet uppföljningar är lågt. Vid en journalgranskning går det inte att utläsa ur journalen vilka åtgärder som är planerade. Syftet med Senior alert är bland annat att stödja vårdpreventivt arbete till exempel fall.

Enligt gällande lokal rutin ska det genomföras två riskbedömningar/år, detta mål är inte uppnått. Sjuksköterskorna uppger att en orsak till det låga antalet bedömningar är oklarheter i fördelning av uppgifter och brister i kontinuitet. Arbetet med Senior Alert är ett teamarbete och kan inte genomföras och fungera med enbart en drivande sjuksköterska.



BPSD

Syftet med BPSD registret är att öka livskvalitén för personer med kognitiv svikt. Utbildning av BPSD administratörer på Mariahemmet genomfördes maj 2022. Implementeringen pågår fortfarande och har varit ansträngd, orsaken är enligt enhetschef tidsbrist. Från och med mars 2023 har medarbetarna fått tid avsatt en gång/månad. En av sjuksköterskorna har utbildats för att själv kunna utbilda BPSD administratörer. Utbildning för BPSD administratörer på Solgläntan är planerad mars 2023.

Palliativa registret

Socialstyrelsen har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer för god palliativ vård. Tabellen visar sju kvalitetsindikatorers andelsvärden under 2022, samt respektive målvärden. Resultatet visar att de kvalitetsindikatorer som har ökat är dokumenterade brytpunktssamtal samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. De kvalitetsindikatorer som har minskat är smärtskattning, utan trycksår samt munhälsobedömning. Under hösten 2022 har HSL enheten utvecklat en checklista för vård i livets slutskede för att säkerställa att samtliga åtgärder blir utförda. Täckningsgraden för 2022 är 59 %, 27 avlidna personer är oregistrerade.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	94,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,4
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	69,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	50,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	83,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	88,9

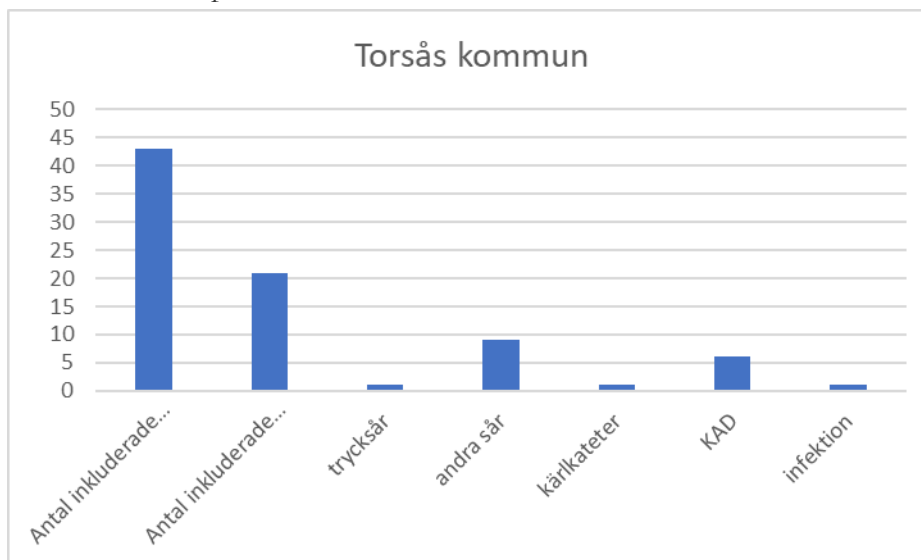
HALT

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. Nationella mätningar har gjorts sedan 2014. Antalet deltagande kommuner har ökat för varje år.

Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Syftet är att stödja arbetet med att förebygga infektioner inom särskilt boende och optimera antibiotikaanvändning. Resultatet kan användas till att:

- Höja medvetenheten inom området
- Identifiera förbättringsområde
- Utveckla patientsäkerheten inom särskilt boende

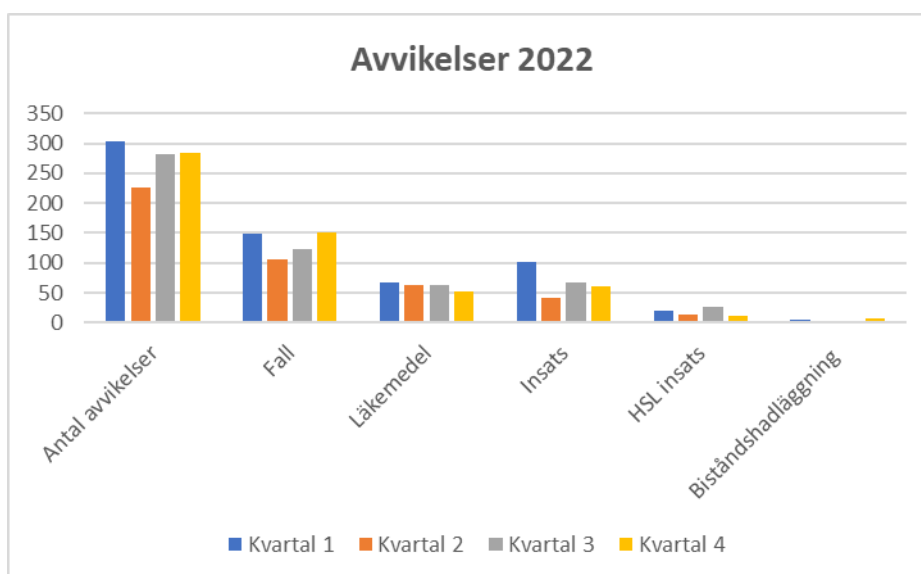
Första gången HALT mätning genomfördes i Torsås kommun var november 2021 och då på Mariahemmet. År 2022, utökades mätningen och genomfördes även på Solgläntan. De vanligaste riskfaktorerna är trycksår, övriga sår och urinkateter och Torsås kommun har lägre värde jämfört med rikssvärdet på dessa.



Nationella jämförelser visar att trycksår i riket är 4,9 %, i Torsås kommun 2%. Vanligast riskfaktorn är urinkateter, i riket 16% och i Torsås kommun 9%. Andra sår, som också är en riskfaktor och som påverkar välbefinnandet, är i riket 9% och i Torsås 7%.

Avvikelser

År 2021 var antalet avvikelser **1215**, år 2022 var antalet **1094**. Antalet fall har minskat med 14,6 % sedan föregående år och antalet avvikelser gällande läkemedel har minskat med 12 %. För övrigt se nedan tabell som redovisar avvikelser 2022.



Läkemedelsgranskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes mars 2022. Målet är att genomföra läkemedelsgranskning en gång/år. Implementering av digital signering i Appva har pågått i två steg under 2022, varav det sista steget genomfördes i november. Antalet avvikelser inom läkemedel har minskat under året och vid den senaste sammanställningen för kvartal 4 var antalet 53 jämfört med 65 kvartalet innan. Fortsatt kvalitetssäkring med digital signering pågår kontinuerligt tillsammans med HSL Superanvändare.

Teamsamverkan

Teamträffar syftar till samverkan mellan olika professioner utifrån patientens behov. Arbetet har under hösten 2022 pågått kring revidering av Teamträffar för att möjliggöra utökad samverkan.

Samordnad individuell plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en samordnad individuell plan (SIP) eftersom samordning behövs. Målbilden är att samtliga brukare/patienter som är anslutna till hemsjukvård ska ha en samordnad individuell plan.

Mål, strategier och utmaningar för 2023

Utifrån resultat och analysen har följande mål för verksamheten skapats;

- Det övergripande målet för 2023 är implementering av nytt journalsystem, LifeCare HSL
- Öka antalet riskbedömningar och åtgärdsplaner i Senior alert
- Öka antalet uppföljningar i Senior alert
- Utveckla teamsamverkan kring Senior alert
- Fortsätta implementeringen av BPSD på Mariahemmet
- Implementering av BPSD på Solgläntan
- Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska Palliativa registret är minst 80 %
- Genomföra en HALT mätning i november 2023 på Mariahemmet, Solgläntan och LSS
- Utveckla preventivt arbete för att minska fallolyckor