

Patientsäkerhetsberättelse för Sölvesborgs kommun År 2022



Datum: 2023-01-18

Ansvarig för innehållet: Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: 2023/19

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



Figur 1:

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

Innehåll

Sammanfattning	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	12
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	20
Utredning av händelser – vårdskador/Lex Maria	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Säker vård här och nu	23
Riskhantering	24
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Avvikelse	26
Klagomål och synpunkter	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	29

Sammanfattning

Under år 2022 har den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för ökat i betydelse och omfattning. Större möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning, omställningen till det nationella konceptet ”Nära vård” och en ökande demografisk andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för.

Arbetet med att utveckla och stärka patientsäkerheten i kommunen har efter tre år av pandemi åter kunnat prioriteras mer under året. Rutiner har tillkommit och rutiner har uppdaterats i större omfattning för att säkerställa rätt verktyg för våra olika verksamheter.

Även detta år har präglats av pandemin med fortsatta åtgärder för att skydda riskgruppen äldre. Bland annat har stora vaccinationsinsatser genomförts och under året har fem doser vaccin administrerats till alla som identifierats tillhöra riskgrupp som kommunen ansvarar för.

Läkarsamverkan har varit ett fokusområde då det uppvisat brister. Att läkaren utför sitt medicinska ansvar är en förutsättning för att kommunen ska kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Detta arbete fortgår då vi inte är nöjda ännu. Hälsovalet Blekinge har fått in underlag via enkät som vi kommer arbeta vidare med under året.

Ett stort fokusområde i kommunen under året som gått har varit att öka kvalitén i hur vi kommunicerar, när vi ska kommunicera och vad vi ska kommunicera. Utbildning för samtlig personal pågår och ska vara slutförd 1:a mars 2023. Utrustning för att kunna mäta vitala parametrar har införskaffats och fördelats. Utbildning innefattar strukturerad kommunikation tillsammans med information om vitala parametrar för att kunna göra säkrare bedömningar och om nödvändigt rätt prioriteringar. Detta sätt att arbeta ser vi som basen i steget mot Nära Vård.

Kommande verksamhetsår är riktigt spännande med förhoppningen om ännu mer tid för preventivt arbete, egenkontroller och utveckling.

Som ett led i konceptet Nära vård och en påbyggnad till strukturerad kommunikation inklusive vitalparametrar har en satsning på instrument för patientnära analyser gjorts. Det innebär att förvaltningen införskaffat mätinstrument för att ha större möjlighet att diagnostisera våra patienter. Ett bredare underlag ger förutsättningar för sjuksköterskor och läkare att sätta in rätt åtgärder, undvika sjukhusbesök, minska antibiotikaanvändning såväl som sätta in antibiotika tidigare för att undvika att patienterna blir så dåliga att de kräver sjukhusvård. Detta kommer också bidra till större resurseffektivitet och mindre miljöpåverkan då våra sjuksköterskor behöver använda bilar i mindre utsträckning. Kommunen bidrar därmed med ett mindre klimatavtryck. Sannolikt kommer färre ambulanstransporter också vara vinsten vilket i sin tur ökar tillgängligheten på ambulanser vid akuta situationer för våra invånare i kommunen.

Exempel; personal från hemtjänst ringer till sjuksköterska och ger rapport på ett standardiserat strukturerat sätt och meddelar samtidigt patientens vitala parametrar. Sjuksköterskan kan då vid hembesök ta med olika relevanta mediciner direkt. ”Bedside” kan prover tas, analyseras direkt och sedan förmedlas strukturerat till läkare tillsammans med vitala parametrar. Läkaren kan då ordinera och behandlingen påbörjas direkt om behov föreligger. Som det varit tidigare har sjuksköterskan behövt åka till vårdcentral och lämna in prover som först måste ordinerats och remiss behöver skrivas av läkare, avvakta provsvar för att sedan åka till patienten igen och påbörja behandling. Jourtid fanns inte ens möjligheten till prover. Avsaknaden av att kunna få prover analyserade jourtid gjorde att antibiotika ibland sattes in i diagnostiskt syfte. Med denna nya utrustning bidrar kommunen till ett minskat antibiotikaanvändande och begränsning

av MRSA (multiresistenta bakterier). I ett nästa steg ser vi gärna digitala samtal för säker kommunikation och möjlighet till videosamtal.

HSL personal (Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor) byter under våren till nytt journalsystem vilket är en betydande kvalitetsförbättring. Implementeringen kommer att kräva tid och kraft, t.ex. nya rutiner som behöver utformas/sättas.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Här beskrivs mål och strategier, organisation och samverkan för att stärka patientsäkerheten och förebygga vårdskador.

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 §

Här beskrivs övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål är att kommuninvånarna ska tillförsäkras en god och patientsäker vård. Under 2022 har 2021:s nämndmål monitorerats och i dessa mål har vårdgivarens hälso- och sjukvårds-ansvar tydliggjorts. Varje mål har en eller flera indikatorer kopplade till sig vilka är mätbara och godkänd måluppfyllelse finns angivet. Samtliga indikatorer för 2021 har överförts till 2022.

Indikator	Beskrivning	Mål
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%) ● > 80 % måluppfyllnad	Minst 80 % av personer i särskilt boende med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	74,75 % (74 %)
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer med hemsjukvård, andel (%) ● > 50 % måluppfyllnad	Minst 50 % av personer med hemsjukvård med risk ska ha minst en utförd åtgärd mot riskområdet. Mätmetod: kvalitetsregistret Senior alert	100 % (0 %)
Nattfastemätningar i särskilt boende. ● < 11 timmar (medelvärde)	Antalet timmar som en person fastar under natten ska inte överstiga 11 h. Mätmetod: Manuell mätning kvartalsvis.	11,46 h (10,6 h)
Följsamhet till basal hygienrutin och klädregler. ● 90 % av alla åtta steg	Personalens följsamhet ska vara minst 90 %. Mätmetod: PPM-mätning halvårsvis.	55,4 %, (59 %)

Läkemedelsgenomgångar på patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar. ● 100 % måluppfyllnad	Alla personer (100 %) i särskilt boende eller med hemsjukvård ska ha minst en läkemedelsgenomgång per år. Mätmetod: Manuell mätning.	47,45 % ¹ (< 50 %) 
Palliativ vård: Erbjudande om efterlevnadssamtal. ● 100 % måluppfyllnad	Alla anhöriga (100 %) ska i anslutning till dödsfall erbjudas efterlevnadssamtal. Mätmetod: Svenska palliativregistret	74,1 % (72 %) 

1 Siffran anger de som fått läkemedelsgenomgång men visar inte andelen som avböjt eller den andel som initierats men ej utförts av ansvarig läkare. Indikatorn kommer omformuleras vid nästa tillfälle.

Organisation och ansvar

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

Här följer en kort beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. I tillägg presenteras även stödfunktioner.

Vård- och Omsorgsnämnd

Vård- och Omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) samt för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Vård- och Omsorgsnämnden ska:

- Fastställa mätbara mål för kvalitetsarbetet inom HSL.
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.
- Utse verksamhetschef för HSL och fastställa deras skyldigheter och befogenheter samt säkerställa samverkansformer mellan medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och verksamhetschef för HSL.

Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

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

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utses av Vård- och Omsorgsnämnden. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses vilket innebär att Verksamhetschef har ett övergripande ansvar över:

- Lokaler, teknik, personal samt verksamheten inom hälso- och sjukvården.
- Att operativa mätbara verksamhetsmål formuleras samt att målen uppnås.
- Att verkställa patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- Att utfallet av mätningar analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad specialistsjuksköterska som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen, PDL (2008:355).
- Beslut om att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är förenliga med säkerhet för patienten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Utredda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada enligt Lex Maria.
- Ansvara att ta fram rutiner för rapporteringsskyldigheten.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 § första stycket

Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut som ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten.
- Upprätta och uppdatera rutiner samt processer utifrån gällande lagstiftning.
- Det finns behövliga direktiv och instruktioner för rehabiliteringsverksamheten.
- Rutiner, riktlinjer och processer är kända och implementerade till verksamheternas enhetschefer.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen.
- Att det finns rutiner kring medicintekniska hjälpmedel som följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer
- Att hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Utredda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel.

Enhetschefer för legitimerad personal

- Ansvarar för att personalen får adekvat vidareutbildning för att möta kommande vårdbehov och krav.
- Ansvarar för att MAS och MAR:s riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.
- Analyserar och vidtar åtgärder vid avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Samverkar med interna och externa aktörer för att tillgodose att patienternas vård ges på rätt vårdnivå.

- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och att systematiskt utveckla verksamheten:

- Arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ge en sakkunnig och omsorgsfull vård
- Enbart delegera när det är i enlighet med god och säker vård
- Bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, bland annat genom att rapportera vårdskador och risker för vårdskador till vårdgivaren
- Även omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder en legitimerad yrkesutövare t.ex. med en delegerad arbetsuppgift och är då enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och har även rapporteringsskyldighet.

Läkare

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), 12 kap. 3 §

Patienter ska erbjudas en god och säker vård av hög kvalitet (HSL 2017:30). För att förvaltningen ska kunna leva upp till detta är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal: Sölvesborgs vårdcentral och Valjevälshälsans vårdcentral ansvarar för läkarkompetensen i Sölvesborgs kommun. Sölvesborgs vårdcentral har i sin tur en överenskommelse med regionens läkarbil för vissa av deras ansvarsområden men har alltid huvudansvaret. Regionens läkare har inget ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Enhetschef särskilt boende, hemtjänst och funktionshindersomsorgen

- Ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända på enheterna.
- Ansvarar för att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.
- Ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.
- Ansvarar för att egenkontroller utförs enligt verksamhetens rutiner och riktlinjer.
- Ansvarar för att basala hygienrutinen är väl förankrad och följs av personalen.
- Ansvarar för att nyanställd personal innehar basal kompetens som undersköterska (gäller SäBo och hemtjänst).
- Upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns inom verksamheten. Här ingår fastställda utbildningar som är återkommande.

Stödfunktioner

- Smittskydd, Region Blekinge. Genom kontinuerlig samverkan, utarbetande av länsövergripande riktlinjer och rutiner, smittspårning och övervakning av epidemier.
- Vårdhygien, Region Blekinge, genom hygienronder, rådgivning i vårdhygieniska frågor samt undervisningsmaterial.
- Patientnämnden, Region Blekinge, genom att i samråd med Omsorgsförvaltningen hjälpa patienter och anhöriga om de upplever problem med den vård och omsorg de mottagit. Upplevelserna återförs till vården och är en del av vårt systematiska kvalitetsarbete kring patientsäkerhet och god och säker vård.
- IT-samordnare, för att verksamheten ska kunna använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter och skapa patientsäker dokumentation och informationshantering.
- Kris- och beredskapssamordnare genom krissamverkan i samband med pandemin.
- Kommunikation: genom att med kommunikationsinsatser och rådgivning tydliggöra budskap från rutiner och riktlinjer och underlätta för patienter, medarbetare och anhöriga att ta till sig informationen.
- Folktandvården, genom utförande av tandvård samt tillsyn och utbildning gällande munvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande grupper och funktioner samverkar för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerhetsgrupp

Verksamhetschef för HSL, SäBo, Htj, LSS, MAS, MAR, kvalitetsutvecklare SoL och LSS sammankallas av MAS. Syftet är att övergripande redovisa resultat, besluta om fokusområden utifrån identifierade förbättringsområden och samverka i stort med ett tydligt lärande över områdena. Frekvens: Var 4e vecka.

AT/FT dialogmöten

Kommunens arbetsterapeuter och fysioterapeuter har professionsvisa dialogmöten med Blekingesjukhuset där även MAR och berörda chefer deltar. Syftet är att förbättra samverkan och därmed bidra till säkra utskrivningar. (Frekvens 2 ggr/år för resp profession)

IT samordningsgrupp

IT-strateg Vård- och omsorgsförvaltning, IT- strateg för Arbete- och välfärdsförvaltningen träffas tillsammans med MAS. Syftet är att identifiera risker såväl som utveckla verksamheten utifrån IT-stöd till verksamheten. Frekvens: Var 4e vecka.

HSL ledningsgrupp

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Enhetschefer för legitimerad personal samt MAS ingår i ledningsgrupp för hälso- och sjukvård. Ledningsgruppen planerar och utvecklar hälso- och sjukvården och arbetar för en ökad patientsäkerhet inom ramen för vårdgivarens ansvar. Frekvens: Varje vecka.

Medicinskt ansvariga i Blekinge

Länsövergripande kontinuerlig samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering med fysiska möten varje månad. Syftet är att planera, utveckla och systematisera det länsövergripande patientsäkerhetsarbetet. Frekvens: En heldag varje månad.

Smittskydd

Länsövergripande samverkan relaterad till pandemin med smittskyddsläkare, chefsläkare över länets vårdcentraler, samordnare för Regionens läkarbil samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Blekinge. Syftet är att öka patientsäkerheten under covid-pandemin. Frekvens: Varannan vecka.

Vårdcentralerna

Vårdcentralerna och kommunens HSL-ledning samverkar kring läkarinsatserna som vårdcentralerna ansvarar för. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal och berörda verksamheter har ansvar att samverka och följa ingångna avtal för att patientsäkra vården. Frekvens: Fyra gånger/år.

Timansstenar

I vardag delas nya rutiner kontinuerligt med Timansstenar (som själva väljer om eller hur de använder dessa), samverkan sker avseende punktprevalensmätningar. Samverkan sker då behov uppstår, oftast kopplat till oönskade händelser som hanteras i avvikelssystem. MAS har även en kontinuerlig dialog med verksamhetens MAS. Frekvens: Fyra gånger/år.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén är ett rådgivande organ vars uppdrag är att verka för säker samt vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i Blekinge. Läkemedelskommittén ger obunden läkemedelsinformation, utbildning till vårdpersonal samt skapar rutiner för hur läkemedelsgenomgångar ska gå till. Frekvens: Två gånger per år.

Uppsökande tandvård

Målgruppen som har stort och långvarigt behov av sjukvård och omsorg har rätt att bli erbjuden uppsökande tandvård, munhälsobedömning, som utförs av Folktandvården. MAS för en regelbunden dialog med regionens tandhygienister för att säkerställa god kvalitet i munhälsa. Munhälsa är ett område vi behöver förbättra och vi ser vinst i att utveckla samarbetet med folktandvården ytterligare.

Lagen om samverkan (LOS)

En överenskommelse som reglerar utskrivning från slutenvård mellan Region Blekinge och kommunerna i länet. Överenskommelsen bygger på lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) som syftar till att fastställa ansvarsfördelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård och kommunal vård- och omsorg.

Sölvesborg har ett tvärprofessionellt och mycket väl fungerande hemgångsteam bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut som arbetar lokalt och i samverkan med öppenvården. Blekinge har en länsgemensam rutin för att trygga informationshantering och ett gemensamt elektroniskt vårdplaneringssystem, Prator. Idag fungerar Prator-rutinen bristfälligt vilket kan inverka negativt på patientsäkerheten och kvaliteten i vårdövergångar. Arbetet med att belysa problemen fortgår kontinuerligt i dialog med regionen. Sölvesborg har mycket tillfredsställande siffror som anger att Sölvesborg tar hem sina patienter inom ramen för LOS med god marginal.

Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan sker tillsammans med patient om insatser från Regionen och Sölvesborgs kommun behöver samordnas för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, säkerställa en hållbar och trygg hemgång, eller att den enskilde önskar en samordning av sina insatser. SIP ger den enskilde ett ökat inflytande och blir därmed mer delaktig i sina vård- och omsorgsinsatser. SIP utförs oftast före hemgång (men kan i sällsynta fall utföras efter hemgång) från sjukhus och oftast då patienten är okänd för kommunen sedan tidigare eller vårdbehovet ändrats markant.

Beslutsstöd VISAM

Ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som ska användas vid försämring av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå.

I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret.

Nationell patientöversikt, NPÖ

Ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring som ökar patientsäkerheten genom att behörig vårdpersonal kan ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem.

Ledningssamverkan vård- och omsorg, LSVO

LSVO:s strategiska ledningsgrupp samt fyra operativa verksamhetsgrupper, äldre/somatik, IFO/psykisk hälsa/funktionshinder, FoU samt E-hälsa samverkar länsövergripande i syfte att tillförsäkra Blekinges invånare en god hälsa. MAR och verksamhetschef deltar i samverkansgrupp att åldras. Frekvens 11 ggr/år.

Nationell kunskapsstyrning i nationella programområden (NPO)

I arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden finns kommunerna med som representant. Vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet och är en samverkan mellan region och kommuner. Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Åtta nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas nationellt gemensamma arbete inom flera olika områden. Kommunen deltar i Regional arbetsgrupp och genom lokala arbetsgrupper i processen att skapa en jämlik vård med hög kvalitet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Nedan följer en kort redogörelse över åtgärder som vidtagits för att förbättra informationssäkerheten.

Journalgranskning

Journalgranskningar har genomförts av MAR (Medicinskt ansvarig Rehab) tillsammans med EC Rehab. Granskning av arbetsterapeuters och fysioterapeuters dokumentation i verksamhetssystemet Procapita visar på ett tillfredsställande resultat. Identifierade förbättringsområden är dokumentation av mål, patientens delaktighet i sin vård samt dokumentation av genomförda uppföljningar. Journalgranskning av sjuksköterskors dokumentation har genomförts av EC HSL i journalsystem ProCapita. Granskning visar

överlag tillfredsställande dokumentation. Förbättringsområde har detekterats kopplat till punkten kommunikation och avser dokumentation av personens kommunikativa förmåga. Planerade åtgärder är tydligt dokumenterade men brister aningen i beskrivningen när och hur uppföljning av den planerade åtgärden ska göras. Bristerna följs upp i samband med arbetsplatsträff och förnyad granskning av journaler med samma utgångsfrågor utförs kontinuerligt.

Loggkontroll

Loggkontroll är anbefallt av lag och ny rutin har i samråd med IT-samordnare tagits fram med tydliga handlingsplaner vid misstänkta överträdelser. Syftet med loggkontrollerna är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet. Personalen informeras vid anställning om att loggkontroller görs regelbundet i våra system.

SITHS

Elektronisk identifiering för säker identifiering av personer och system inom region, kommun, privata vårdgivare och statliga myndigheter byggs ut ytterligare inom verksamheten och numer är biståndshandläggarna utrustade med SITHS-kort.

En god säkerhetskultur

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

Vi kommunicerar tydligt i samband med arbetsplatsträffar och möten mellan sjuksköterskor och MAS vikten av att skriva avvikelser, lära av varandra och ha högt i tak utan prestige. Patientsäkerhetsgrupp på strategisk nivå har bildats för att styra insatser strukturerat. Möten med verksamheternas enhetschefer har startat och sker med frekvensen var 4:e vecka, här tas händelser upp som vi kan lära av och på förhand utvalda rutiner belyses. Övergripande syfte är att vara nära verksamheterna för att identifiera förbättringsområden. Avstämning av personalens övergripande förmåga diskuteras i ledningsgrupp och åtgärder görs för att balansera tyngden så att risken för misstag minimeras, arbetsmiljön är en av delarna i denna process. Samtliga rutiner runt avvikelser har reviderats. Nya rutiner har skapats som reglerar förfarandet vid allvarliga händelser. Rutin för utredning och händelseanalys har tagits fram. Rutin vid Lex Maria med tydlig processtyrning har framarbetats. Processteam bildas kontinuerligt med tvärprofessionell profil utifrån identifierade behov av revidering eller tillförande av nya rutiner. Medarbetarenkät och riskanalys genomförs årligen angående psykosocial arbetsmiljö, utvärderas och åtgärder planeras vid behov.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

I spåren av pandemin har en tidigare aktiv arbetsgrupp för kompetensförsörjning försvunnit och behovet att ta fram en ny arbetsgrupp för att se hur vi kan arbeta med detta strategiskt, taktiskt och i samverkan med övriga kommuner i länet samt regionen har lyfts upp, arbetet är påbörjat via LSVO (Lednings samverkan vård- och omsorg). Åtgärder för att säkerställa en grundläggande basal kompetens för omvårdnadspersonalen inom strukturerad kommunikation och insamlande av vitala parametrar (blodtryck, puls, syresättning, medvetandenivå, temperatur) har vidtagits. Plan för utbildning i



BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) inom demenssjukvård är påbörjad och administratörer utbildas kontinuerligt. En utveckling av digital plattform för kompetensprov och utbildning efterfrågas som stöd och kontrollfunktion. Områden här skulle kunna delas upp i block med olika steg utefter erfarenhet och anställningstid för att på ett övergripligt sätt tillse att rätt nivå och kompetens säkerställs för vård och omsorgspersonalen. Kontinuerlig scanning av verksamheten sker med syfte att detektera förbättringsområden, avvikelser analyseras för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättring- och implementeringsarbete. En grundidé är att verksamheten autonomt hittar och nyttjar befintlig kompetens. Bemanning och schemaläggning innebär en ökande utmaning då försörjningen av legitimerad personal såväl som undersköterskor blir allt svårare. Ett aktivt arbete med bemanningen görs utifrån riskbedömningar för att överbrygga risker och strävan är att erfaren personal finns på varje arbetspass. Prioriteringar har varit tvingats göras i perioder kopplat till sjukfrånvaro. Verksamheten ser ett behov av förstärkning framförallt jourtid för sjuksköterskor. Verksamheten ser också ett behov av kvalitetsutvecklare med adekvat utbildning och bakgrund för att systematiskt arbeta med kompetensförsörjning och bedriva kvalitetsarbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. På sikt ser jag som medicinskt ansvarig en patientsäkerhetsrisk i avsaknad av ovan nämnda funktioner. Fler tjänster krävs för att möta behovet av stöd till egen och övrig verksamhet i förvaltningen.

Nedan följer exempel på behov av extra kompetensutveckling och försörjning relaterad till omställningen mot Nära vård samt utvecklandet av resurser/ medicintekniskt stöd runt sjuksköterskorna som möjliggjort att mer avancerad hälso- och sjukvård i kommunen varit genomförbar utifrån läkaransvaret:

- Initiering av avancerad medicinsk plan (AMP)
- Geriatriska riskbedömningar
- Blodtransfusioner
- Intravenös antibiotika
- Införskaffande av laboratorieteknisk utrustning och utbildning runt densamma (fortgår under 2023). Se närmare förklaring i Sammanfattning.

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 §

En delaktig patient bidrar till säker vård. Ambitionen är att vården utformas och genomförs så långt som möjligt i samråd med patienten:

- Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska i syfte att skapa en högre kontinuitet och tillgänglighet vilket är viktiga framgångsfaktorer för patientdelaktighet.
- Varje patient får individuellt anpassad information då kunskap och insikt är en förutsättning för att vara delaktig i sin vård, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.
- Varje patient är en del av det tvärprofessionella vårdteamet och teamet är inte komplett utan patientens perspektiv. Varje medarbetare i verksamheten har ett ansvar för att involvera och lyssna på patienten.
- Varje patient har möjlighet att ha sin närstående involverad i sin vård och behandling. Det är i första hand patienten som avgör vem som räknas som närstående.

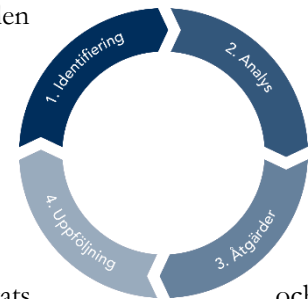
- Varje patient styr vilka yrkeskategorier och vilka vårdgivare som får ta del av vårdinformation genom att lämna samtycke till informationsöverföring. Samtycke lämnas även för Nationell Patientöversikt, NPÖ och kvalitetsregister.
- Varje patient med insatser både från kommun och region har rätt att initiera en samordnad individuell vårdplanering.
- Varje patient som inte är nöjd med sin vård och behandling kan lämna synpunkter och klagomål.
- Enkät för kundnöjdhet görs kontinuerligt.

Information om hur patienter och närstående upplever sin vård insamlas främst från klagomålshanteringen. I nuläget hanteras den manuellt vilket kan resultera i färre klagomål och knapphändig information för att bedriva ett aktivt utvecklingsarbete. Arbete pågår med att digitalisera klagomålshanteringen.

Agera för säker vård

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen innefattar jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Kvalitetsområden

Här presenteras den egenkontrollplan med de kvalitetsområden som identifierats och som systematiskt ska kontrolleras i syfte att öka patientsäkerheten för den kommunala verksamheten.

Egenkontrollplan

Kvalitetsområde	Målsättning	Uppfyllnad ²
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i särskilt boende.	90 %	95,25% (97 %)
Senior alert: Åtgärdsplan ³ ska finnas hos patienter med identifierad risk (Säbo).	90 %	87,25% (100 %)
Senior alert: Utförda åtgärder ⁴ enligt åtgärdsplan (Säbo)	90 %	74,75% (74 %)
Senior alert: Patient ska riskbedömas för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa i hemsjukvården.	90 %	100 % (0 %)
Senior alert: Åtgärdsplan ska finnas för 90 % av patienterna med identifierad risk (hemsjukvård).	90 %	50 % (0 %)
Senior alert: Utförda åtgärder enligt åtgärdsplan (hemsjukvård)	90 %	100 % (0 %)
Målvärden Senior Alert		
Palliativregistret: Efterlevande-samtal	100 %	74,1% (72 %)
Palliativregistret: Brytpunkts-samtal	98 %	65,4% (65,3 %)

² Siffra i parentes visar förra årets resultat.

³ Andel/antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd per riskområde.

⁴ Andel/antal uppföljningar som gjorts inom 6 månader från åtgärdsplaneringen och som har minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.

* Anger de som fått läkemedelsgenomgång men visar inte andelen som avböjt eller den andel som initierats men ej utförts av ansvarig läkare. Indikatorn kommer omformuleras vid nästa tillfälle.

Palliativregistret: Opioider ordinerat vid smärtgenombrott	98 %	95,1% (93,1 %)
Palliativregistret: Ångstdämpande ordinerat vid behov	98 %	96,3% (94,4 %)
Palliativregistret: Smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	71,6% (52,8 %)
Palliativregistret: Munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	56,8% (62,5 %)
Palliativregistret: Trycksårs förekomst bedömda vid ankomst	90 %	85,2 (79,2 %)
Palliativregistret: Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	82,2% (98,6 %)
Målvärden: SoS nationella riktlinjer – målnivåer för indikatorer Artikelnummer 2017-10-22		
Läkemedelsgenomgångar SäBo enligt kriterier Blekingerutin *	100 %	73,58% (50 %)
Läkemedelsgenomgångar Hemsjukvård enligt kriterier Blekingerutin *	100 %	28,86 % (? %)
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) (Målvärde från SKR)	90 %	59 % (58 %)
Nattfasta: Max antal timmar nattfasta (Socialstyrelsens rekommendation)	11 h	11,46 h (10,6)

* Anger de som fått läkemedelsgenomgång men visar inte andelen som avböjt eller den andel som initierats men ej utförts av ansvarig läkare. Indikatorn kommer omformuleras vid nästa tillfälle.

Senior alert: Risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert riskbedöms alla äldre som möter vård och omsorg. Det är ett förebyggande verktyg som syftar till att minska vårdskador⁵ och öka patientsäkerheten. Då en risk uppmärksammas sätts förebyggande åtgärder in och dessa ska utvärderas efter 6 månader.

Totalt har 128 (149) unika patienter riskbedömts och antalet registreringar uppgår till 192 (211):

- Risk för fall: Fall utgör en stor fara för att en person blir långvarigt försvagad eller skadad. Faktorer som ökar fallrisken är nedsatt balans och muskelstyrka, användning av vissa läkemedel, undernäring, demens och nedsatt kognition, nedsatt syn eller fel glasögon, tidigare fallhändelse och rädsla för att falla, dålig belysning samt hala eller ojämna golv.
- Risk för undernäring: Undernäring, definieras som en näringsrubbning och kan leda till en försämrad kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp. Riskbedömningen görs utifrån tre bedömningspunkter; ofrivillig vikt förlust, ätsvårigheter och undervikt.
- Risk för trycksår: Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande. Trycksår räknas som en vårdskada om det kunnat förhindras.
- Risk för ohälsa i munnen: Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligare med stigande ålder. Muntorrhet och oförmågan att göra ordentligt rent i munnen är riskfaktorer. Munvård är en del i den dagliga omvårdnaden.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Svenska HALT utför punktprevalensmätning (PPM) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende. Målsättningen är att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg så att förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende kan inventeras som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Mätningen görs en gång om året i

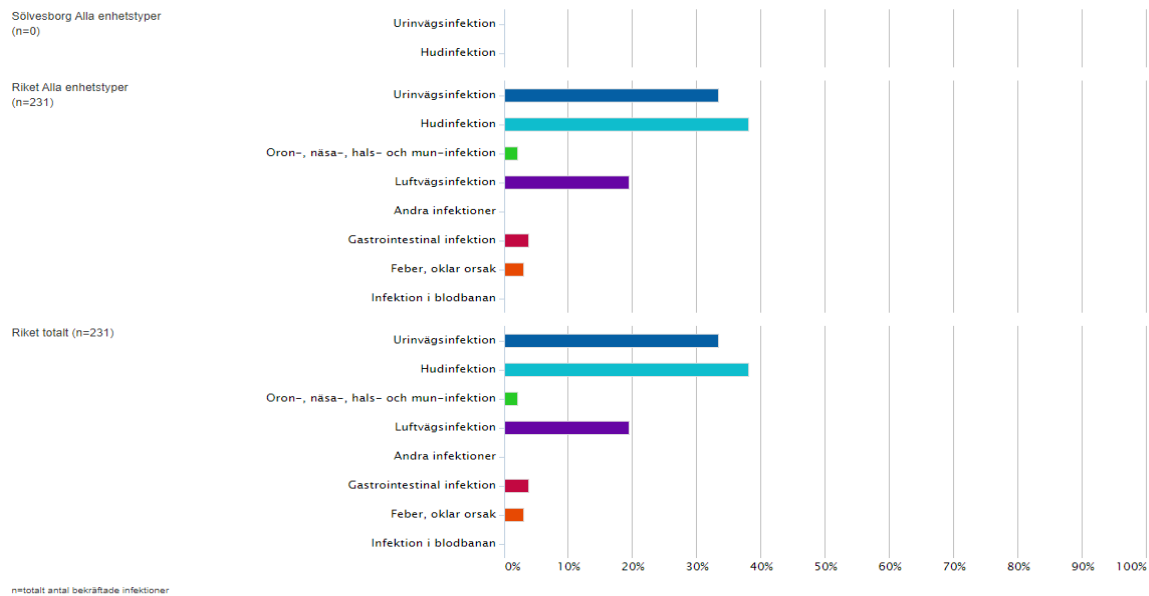
⁵ Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

kvalitetsregistret Senior alert. Sölvesborgs kommun har deltagit 2022 efter att ha fått prioriteras bort under 2021.

Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen för Sölvesborgs kommun SäBo var 174st.

Sammanfattningsvis är resultatet som riket i stort och preventivt arbete utvärderas kontinuerligt i form av kontroller följsamhet till basal hygien och kontroller handhavande i olika vårdmoment.

Bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (VRI) - fördelning per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt



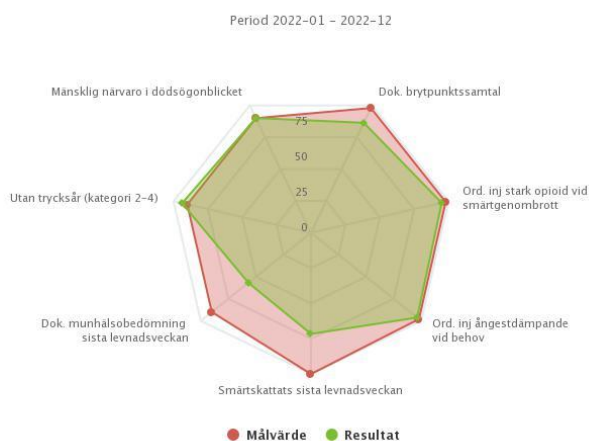
Figur 3: Stapeldiagram över andelen och typ av infektioner i jämförelse med övriga riket.

Palliativ vård

Svenska palliativregistret mäter på patientnivå hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Denna information möjliggör ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet. Följande kvalitetsområden mäts:

- Efterlevandesamtal
- Brytpunktssamtal
- Opioider ordinerat vid smärtgenombrott
- Ångstdämpande ordinerat vid behov
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Trycksår
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report.

Figur 4: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer Palliativ vård. Det röda målvärdet är Socialstyrelsens mål för en god vård i livets slutskede. Det gröna fältet visar kommunens resultat.

Utvecklingsområden i Vård- och omsorgsförvaltningen är smärtskattning och munhälsobedömningar under patientens sista levnadsvecka samt dokumenterade brytpunktssamtal. Dessa kvarstår från 2021 då resultatet ännu bedöms ha förbättringspotential. Ny rutin med checklistor har tagits fram där målet är förbättring för just dessa områden.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa patienter i hela landet. BPSD drabbar någon gång ca 90 % av patienter med en demenssjukdom och kan bestå i t.ex. aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Då symtomen minskar välbefinnandet är det viktigt att hitta sätt att förebygga, lindra och bemöta dessa på bästa sätt. BPSD-utbildningar har återupptagits under året och fortgår kontinuerligt under 2023.

Läkemedelsgenomgångar

Vårdcentralerna ansvarar för läkarinsatserna på särskilda boenden och för patienter i ordinärt boende med hemsjukvård. Kvalitetsindikatorn för en god läkarmedverkan är antalet läkemedelsgenomgångar som genomförts. Läkemedelsgenomgångarna har som syfte att kartlägga, ompröva och följa upp en patients samtliga läkemedel för att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. De syftar även till att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem (LRP). Under 2021 har stora brister setts i läkarsamverkan och åtgärder har satts in under 2022 som resulterat i en ökning av genomförda läkemedelsgenomgångar. Utförligare presentation under rubriken ”Tillförlitliga och säkra system och processer” sid. 21.

Andelen läkemedelsgenomgångar har efter ny rutin och dialoger med inblandade vårdcentraler ökat. Siffrorna som angetts i tabeller missvisar dock något då de ej anger andelen som erbjudits men avböjt eller de som initierats av Sjuksköterska men ej utförts av läkare. Sammantaget ser jag ändå en förbättringspotential, information och samverkan fortlöper.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Sveriges kommuner och regioner (SKR) bjuder in till en nationell punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 1-2 gånger per år. Vårdgivare har även möjlighet att använda instrumentet och initiera egna mätningar mer frekvent. Syftet är att, med hjälp av observationsstudier,

mäta följsamheten i verksamheterna då detta är viktigt i ett förebyggande arbete mot smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Förvaltningen lever inte upp till målen med 90 % följsamhet i PPM-mätningarna. Utförligare presentation under ”Tillförlitliga och säkra system och processer” sid. 21.

Nattfasta

God nutrition ska ses som en del av den medicinska behandlingen och det är nattfastans längd som används som en kvalitetsindikator för en god vård och hög patientsäkerhet. Rekommendationen är att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar vilket skulle bidra med ett flertal hälsoeffekter t.ex. bibehållen muskelmassa, jämnare blodsocker, mer energi till fysisk aktivitet, förbättrad sårhäkning, fallprevention, förebyggande av förstoppning och bättre sömn.

Nattfastemätningar genomförs fyra gånger per år på Särskilda boenden.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Här följer en sammanfattande beskrivning av arbetssätt, samarbeten och åtgärder som haft betydelse för att förbättra patientsäkerhetsarbetet under året.



Är vården säker idag?

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada⁶. Vårdgivarna är skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. I Sölvesborgs kommun är det MAS som utreder och följer upp händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Utredning av händelser – vårdskador/Lex Maria

Under 2022 har två händelser bedömts som allvarliga och har anmälts sammanslagen som en händelse enligt Lex Maria.

Händelsen är i skrivande stund under utredning av IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Händelse 1: Bristfällig läkemedelshantering i samband med vård i livets slutskede.	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Avvaktar IVO:s utredning som ej är klar.
Åtgärder	Åtgärder är tagna arbetsrättsligt i form av skriftlig varning. Övriga åtgärder har vidtagits på systemnivå. Åtgärder på individnivå finns planlagt men avvaktas i väntan på IVO:s utredning. På systemnivå bedömer IVO att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
Lärande	Händelsen har efter påtalan lett till förändrad rutin gällande vård i livets slutskede för att minimera risker för fel dosering läkemedel, rutinen ägs av region Blekinge och tas fram i samråd mellan kommuner och region. Kommunen har fått kvittens på att rutiner för händelser likt dessa är adekvata.
Uppföljning	Avvaktar svar från IVO:s utredning.
Händelse 2: Bristfällig läkemedelshantering i samband med vård i livets slutskede.	
Bedömning av bakomliggande och bidragande orsaker	Avvaktar IVO:s utredning som ej är klar.

⁶ En allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Åtgärder	Åtgärder är tagna arbetsrättsligt i form av skriftlig varning. Övriga åtgärder har vidtagits på systemnivå. Åtgärder på individnivå finns planlagt men avvaktas i väntan på IVO:s utredning. På systemnivå bedömer IVO att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.
Lärande	Händelsen har efter påtalan lett till förändrad rutin gällande vård i livets slutskede för att minimera risker för fel dosering läkemedel, rutinen ägs av region Blekinge och tas fram i samråd mellan kommuner och region. Kommunen har fått kvittens på att rutiner för händelser likt dessa är adekvata.
Uppföljning	Avvaktar svar från IVO:s utredning.

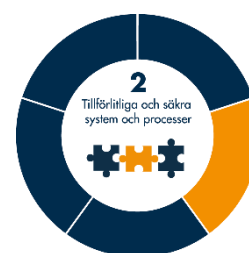
Då händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada träder en rutin med tillhörande process in och händelseanalys utförs enligt givna frågor och direktiv. Som en del av processen följs sedan händelse och åtgärder upp.

De händelser som upptäckts och nu är under utredning har upptäckts inom rimlig tid och rapporterats direkt. Viss fördröjning att anmäla förelåg p.g.a. glapp mellan avgående MAS och tillträdande MAS.

Åtgärder i form av ny tydlig rutin med process innehållande tidsramar utformats.

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

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	Systematik i kvalitetsarbetet har en fortsatt utvecklingspotential och ytterligare insatser på att implementera arbetssättet behövs. I samband med egenkontroller, riskbedömningar och avvikelshantering genomförs inte en strukturerad sammanställning och analys på enheterna vilket innebär att central sammanställning och ett brett lärande i organisationen uteblir. Även förutsättningar till ett förebyggande arbete försvåras då mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan sammanställas. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> Förvaltningsövergripande rutin för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas har kommunicerats och finns i förvaltningens ledningssystem sedan våren 2020. Uppföljning behöver ske och en plan behöver fastslås strategiskt.
Riskhantering	Systematik i kvalitetsarbetet har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> En ny förvaltningsövergripande rutin för riskhantering kommunicerades ut våren 2021, denna har under 2022 förbättrats och lyfts i möte med verksamheterna och finns i ledningssystemet. Även stöttande dokument i form av analyschema, riskmatris och handlingsplan har utvecklats under 2022.

	Uppföljning och utvärdering görs under 2023. Stratsys kvalitetsledningssystem kommer har tagits i bruk 2022 och kommer underlätta med rätt driv.
Avvikelsehantering	Systematik i kvalitetsarbetet (se ovan) har en utvecklingspotential. Förbättringsarbete: <ul style="list-style-type: none"> • Rutinen för avvikelsehantering reviderades under 2022 med tydlig process och ansvarsfördelning. • I tillägg har ny rutin för Lex Maria sam Utredning och händelseanalys utarbetats. Ytterligare insatser för att implementera arbetssättet behövs. En digital lösning för dokumentation, analys och sammanställning av avvikelser saknas idag.
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Att tillämpa basala hygienrutiner i all vård och omsorg är en förebyggande insats som syftar till att förhindra smittöverföring och VRI (vårdrelaterade infektioner). Verksamheterna uppnår inte omsorgsnämndens målsättning trots ett intensivt förbättringsarbete under pandemin. Resultatet har om än knappt, försämrats under 2022. 1:a oktober 2022 lagstadgades att utbildning i hygien ska ske årligen av alla omvårdnadsnära personal. <ul style="list-style-type: none"> • Nya utbildningsinsatser av både baspersonal och legitimerad personal. • Reviderad utbildning har lagts upp och kommunicerats • Ny metod, självskattning, har införts inom LSS verksamheter då de inte har möjlighet att använda observation som metod då de sällan arbetar med dubbelbemanning. Denna visade sig vara svårarbetad utifrån sammanställning för analys och kommer behöva justeras. • Utbildning för chefer gällande hygien från socialstyrelsen har initierats och återfinns i ledningssystemet. Fortsatt förbättringsarbete omfattar förutom en ökad följsamhet till basal hygienrutin även att öka deltagandet i egenkontrollen.
Läkarsamverkan	Läkarsamverkan har idag brister vad gäller tillgänglighet, genomförande av ronder, årliga läkarkontroller och läkemedelsgenomgångar, ställningstagande hjärt- lungräddning (HLR) och palliativ vård. Förbättringsarbete som genomförts är: <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlig samverkan med ansvariga vårdcentraler. • Enkät till SSK i syfte att tydliggöra brister i samverkan initierad av Hälsoval Blekinge. Resultatet har sammanställts i en rapport och kommunicerats ut till berörda. • Regionen har beslutat om ett nytt arbetssätt, avancerad medicinsk plan (AMP), vilket innebär att läkaransvaret tydliggörs i en årlig plan för de sköraste patienter. Förbättringsarbetet med uppföljande enkät fortsätter under 2023.
Kommunikation	Brister i när vi ska kontakta högre medicinsk kompetens har detekterats i samband med avvikelse. Brist detekterades om vad som ska kommuniceras och hur det ska kommuniceras. <ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i strukturerad kommunikation SBAR genomförs nu och in i mars då den bedöms vara klar.

Figur 5. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

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

Här följer en sammanställning över identifierade utvecklingsområden för förbättrad patientsäkerhet inom MTO i förvaltningen. En kort beskrivning av problematik och vilka förbättringsarbeten som gjorts ges.

Identifierade utvecklingsområden	Problematik och pågående förbättringsarbete
Munhälsa	<p>Totalt genomfördes 156 munhälsobedömningar. Av dessa hade 74 brukare (47 %) en bra munhälsa. 68 brukare (44 %) hade en dålig munhälsa. 14 brukare (9 %) avböjde eller missade tillfälle till munhälsobedömning.</p> <p>Begärda åtgärder 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtlig omvårdnadspersonal ska gå Socialstyrelsens webb-utbildning och vägledning för munhälsa som ligger i ledningssystemet. • Samtlig omvårdnadspersonal ska se film om ROAG som ligger på ledningssidan HSL Munvård. • Samtliga ska läsa igenom den uppdaterade rutinen för munhälsa som finns i ledningssystemet. • Fortsätta använda ROAG kontinuerligt enligt direktiv som framgår i rutinen för munvård. • EC ska informera samtlig omvårdnadspersonal om de fem punkter munhälsobedömarna från regionen trycker på, nederst i detta dokument. • Åtgärder ska in i genomförandeplan. • Munhälsoombud ska införas. Dessa ska beredas extra utbildning och fungera som ambassadörer samt genomföra egen bedömning på enheten och rapportera resultat till MAS. • Målbild att 70 % av våra äldre ska ha en bra munhälsa enligt ROAG.
Kommunikation	<p>Brister i informationsöverföringen innebär en stor risk inom hälso- och sjukvård. Bra kommunikation förebygger avvikelser! Idag saknas ett gemensamt journalsystem mellan vårdgivare i länet och mellan HSL- och SoL-personal vilket utgör en risk där stödsystem är viktiga. Förbättringsarbeten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SBAR, en metod för att säkerställa god kommunikation, har införts även för kommunikation mellan baspersonal och legitimerad personal. SBAR är ett enkelt och konkret hjälpmedel som hjälper sändaren att strukturera det som ska förmedlas och minskar risken för missförstånd. • Rutin ”Kontakt Hälso- och sjukvårdspersonal” är reviderad och tydliggjort vad gäller när kontakt ska tas, hur kontakt ska tas samt ansvarsfördelning. • Den lokala prator-rutinen har reviderats, samverkan med både hälso- och sjukvårdsstrateger och MAS-nätverket har initierats i syfte att

	<p>komma tillrätta med bristerna i informationsöverföringen i vårdens övergångar där äldre patienter och patienter med kroniska sjukdomar är särskilt utsatta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remisser, som är en viktig kommunikationsform i hälso- och sjukvården, används inte fullt ut idag. Kommunens demenssjuksköterska dokumenterar idag t.ex. direkt i regionens journalsystem istället för att skicka remissvar. Förbättringsarbete initierat.
Digital signering läkemedel	<p>Digital signering läkemedel har som syfte att öka patientsäkerhet genom att utgöra en kontroll för att ordinerade läkemedel ges i rätt tid av rätt person och med rätt kompetens.</p> <p>Digital signering läkemedel ger en enkel översikt avseende delegeringar, behov av förnyad delegering och underlättar journalföring. Det här minimerar risk att behovsmedicin ges i för hög omfattning eller med för kort tidsintervall. Idag kan inte befintligt system hantera behovsmedicin avseende narkotiska preparat.</p> <p>Förbättringsarbete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behovet av digitalisering av signering läkemedel är kommunicerat till ledning.
Digitala läkemedelsskåp	<p>Digitala app-styrda läkemedelsskåp till de patienter där kommunen har övertaget läkemedelsansvar är högt prioriterat och försvårar möjligheten till att läkemedel kommer i orätta händer. Logg kan tas ut och analyseras vid behov. Inringning av antal personer med tillgång förenklas och kan följas på ett effektivt sätt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behovet är kommunicerat med prioritet till ledningen.

Figur 6. Sammanställning över identifierade utvecklingsområden, problematik och förbättringsarbeten som gjorts under 2022.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser bör definiera verksamhetens svagheter så att ett proaktivt arbetssätt möjliggörs.

Här följer en beskrivning över hur risker för vårdskador hanteras inom verksamheten.

Riskhantering	Hur risken för vårdskador hanteras i verksamheten
Riskbedömningar som utförs systematiskt	<ul style="list-style-type: none"> • Alla patienter riskbedöms enligt modell Senior Alert. Vid behov sätts adekvata åtgärder in och uppföljning sker för att säkerställa att åtgärderna haft önskad effekt. • Sjuksköterskor utför riskbedömning inför utbildning delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. • Arbetsterapeut och fysioterapeut utför riskbedömning om viss specifik rehabilitering kan överlåtas till omvårdnadspersonal. • Förskrivning och utprovning av medicintekniska hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel föregås alltid av en riskbedömning av legitimerad personal.
Riskhantering i relation till Covid-19	<p>Följande fokusområden har under året varit fortsatt aktuella i syfte att minska risker i samband med pandemin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basal hygienrutin och klädregler: Detta har varit ett naturligt fokusområde och uttalat nämndmål under året. Intensifierade PPM-

	<p>mätningar har genomförts och en ny utbildningsinsats med obligatorisk hygienutbildning har mailats enhetschefer och lagts ut i ledningssystemet. En ny metod ”Självskattning” har utarbetats inom LSS då det tydliggjorts att observation som metod fungerar sämre i dessa verksamheter då personalen ofta arbetar ensamma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Covid-rutin: Förvaltningen har under hela pandemin haft en egen rutin för att kunna anpassa den till kommunens förhållanden och arbetssätt samt ha all information på en plats. Dessa har reviderats mycket frekvent, samt kommunicerats på ett tillgängligt sätt med uppdateringarna gulmarkerade. Även våra samverkanspartners inom t.ex. krisledning, primärvård, elevhälsa, kost, städ, och fastighet har fått del av rutinen. • Evidens och omvärldsbevakning: Covid-viruset har genomgått upprepade mutationer under året vilket ställt krav på ett resilient arbetssätt. <p>På särskilda boenden i Sölvesborgs kommun har total 109 (177) fall av covid-19 registrerats under 2022. Av dessa har 3 (6) avlidit.</p>
Riskhantering i avvikelssystemet	Arbetet kring riskanalyser hanteras idag inte systematiskt och en övergripande sammanställning och analys över identifierade risker i förvaltningen är därför inte möjlig.

Figur 7. Sammanställning över hur risken för vårdskador har hanterats i verksamheten under 2022.

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.



Områden för förbättring som identifierats och där adekvata åtgärder satts in för att bidra till utveckling inom verksamheterna har presenterats ovan. Informationskällor har främst varit utredningar enligt Lex Maria, nationella register, egenkontroller samt strukturerad samverkan och dialog. Att arbeta systematiskt med risk- och avvikelshantering i förvaltningen är ett utvecklingsområde som, då arbetssättet är brett implementerat, kommer att bidra till värdefull information och möjlighet till verksamhetsutveckling och lärande. Från 2022 finns möjlighet att dokumentera enheternas risk- och avvikelshantering i Stratsys kvalitetsledningssystem, detta är fortsatt under utveckling inför 2023. Patientsäkerhetsgrupp har bildats för att med fastställd frekvens och möten främja dialoger.

⁷ Siffror i parentes avser förra årets statistik.

Avvikelser

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

Här följer en beskrivning över hur verksamheten hanterar avvikelser, samlade analyser av avvikelser, viktiga lärdomar som spridits samt genomförda förbättringar som haft effekt.

Avvikelser, d.v.s. en negativ händelse som inneburit att en insats blivit felaktigt utförd, försenad eller utebliven, ska fortlöpande utredas och analyseras på respektive enhet. Enhetschef är utredningsansvarig och ska bedöma avvikelsernas allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den ska upprepas. Det tvärprofessionella teamet på enheten engageras i utredningen och MAS involveras vid allvarligare avvikelser (riskpoäng > 8). Som stöd i processen finns hjälpdokument ”åtgärdsplan, framtagen. En översikt och analys av avvikande händelser ska sammanställas på respektive enhet och rapporteras kvartalsvis till verksamhetsledning och MAS. På detta sätt ska negativa händelser och goda exempel kunna sammanställas på övergripande nivå och bli lärande i förvaltningen.

Detta arbetssätt har utvecklats och kommunicerats under pandemin och är inte implementerat. Dialog med verksamheterna pågår för att detta ska implementeras 2023.

Då en översikt och analys över hur enheterna arbetat med sina avvikelser och vilka åtgärder och förändrade arbetssätt som varit ett resultat av avvikelser saknas, presenteras här endast kvalitativa sammanställningar från avvikelssystemet ProCapita. Vi ser en ökning av avvikelser relaterat till läkemedel som vi arbetar med på olika fronter. Utbildning, digitala hjälpmedel och skåp är några av åtgärderna som tagits.

Avvikelser	Fall	Läkemedel	Överrapportering	Vård och behandling	Totalt
Särskilt boende	373	310	4	67	754 (588 ⁸)
Korttidsboende	145	102	5	29	281 (132)
Hemtjänst	213	118	5	0	336 (455)
LSS	41	75	0	0	116 (77)
Totalt	772 (821)	605 (319)	15 (46)	96 (68)	1488 (1260)

Figur 8. Sammanställning över antalet avvikelser under året fördelat på verksamhet och typ av avvikelse.

Externa avvikelser skrivs på dokument enligt SBAR och skickas via MAS. Under året har 43 externa avvikelser skrivits i syfte att återkoppla områden som systematiskt kan behöva förbättras i andra verksamheter. Svar efterfrågas för att kunna återkoppla och låta det bli lärande i våra verksamheter, svarsfrekvensen har höjts men målet är att samtliga ska återkopplas och dialog förs med regionen. Önskan om gemensamt avvikelssystem mellan kommuner och region har framförts och utredning pågår. Majoriteten av avvikelserna är relaterade till samverkan vid vårdövergångar. Gemensam rutin finns, utbildningsinsatser pågår och problemet är känt av alla parter. Resterande avvikelser är jämnt fördelade på läkemedelshandling och utebliven vård eller ordination. Merparten av avvikelserna är ställda till Blekingesjukhuset.

⁸ Siffror i parentes anger förra årets resultat.

Klagomål och synpunkter

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

Här följer en beskrivning över antal inkomna klagomål och synpunkter som kommit till verksamheten, dessa sammanställs och analyseras i korthet nedan.

Avsändare	Inkomna klagomål och synpunkter, antal, typ, ev. åtgärder som vidtagits.
Patientnämnden	4 klagomål har inkommit (2 året före) där planering, samordning och ansvarsfördelning mellan vårdgivare varit otydlig för patient och närstående. 2 gäller kommunen, 2 gäller Timansstenar. Det är viktigt med samordnade vårdplaneringar och att ett anpassat språk används i dialog. Patientnämnden ser en rejäl ökning av klagomål generellt och orsaken är oklar men kan ses som en produkt av ökad medvetenhet av befolkningen efter bredare marknadsföring.
IVO	Två klagomål har inkommit från IVO. En gällde kommunen, en gällde Timansstenar. (0 året före)
Klagomålshanteringen	3 (0 året före)
Externa avvikelser från andra vårdgivare	7 (6 året före) avvikelser har inkommit, tre från ambulans, en från primärvården och fyra från Blekingesjukhuset: <ul style="list-style-type: none">• Tre berör brister i samverkan.• En handlar om detekterat, ej dokumenterat trycksår.• Bristande följsamhet till medicinskt inriktningsbeslut• En berör felaktig hantering venös infart.• En berör felaktig hantering vid provtagning. Återkoppling på utredning och analys från enheterna har gjorts i avvikelserna. Dessa är återkopplade till berörd personal på berörda verksamheter samt till de externa aktörer som skickat dem. Samverkan med samtliga sker kontinuerligt, interna som externa.

Figur 9. Sammanställning över inkomna klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter utreds enligt samma flöde som risker och avvikelser av den chef som är ansvarig för berörd enhet eller verksamhet. Dessa kan tas emot via telefon, brev eller mail. MAS kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens allmänna klagomålshantering som diarieförts via nämndsekreteraren.

Klagomål och synpunkter som kommer via Patientnämnden eller IVO registreras i diariet.

Externa avvikelser kommer in via MAS och utreds av respektive enhet på samma sätt som de interna.

Klagomål och synpunkter är viktiga för verksamheten då det involverar patienter och närstående och är till hjälp i det systematiska förbättringsarbetet.

Ett utvecklingsområde är att systematisera arbetet i en digital lösning vilket skulle möjliggöra ett brett lärande i verksamheten. Detta arbete har i samarbete med Arbete- och välfärdförvaltningen påbörjats.

Ett förbättringsarbete är även att inte vänta på att klagomål ska komma in utan proaktivt och systematiskt efterfråga synpunkter, t.ex. hur det gått efter en planering och flytt till ett särskilt boende.

MA-nätverket i länet träffar årligen representanter för regionens Patientnämnd. De återkommande träffarna ger möjlighet att identifiera områden med förbättringsbehov. Det förekommer också enskilda möten med Patientnämnden och MAS gällande individärende.

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.



Kommer förvaltningen att arbeta patientsäkert i framtiden

En verksamhet med hög framtida patientsäkert kan skapas genom att:

- Säkerställa en god personalförsörjning genom att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och vara en attraktiv arbetsgivare.
- Säkerställa en hög kompetens och god framförhållning i sin kompetensförsörjning genom omvärldsbevakning, strukturerad introduktion och individuell kompetensutvecklingsplan.
- Säkerställa kvalitetsutveckling i verksamheten genom ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete i tvärprofessionella team där patient och närstående deltar.
- Säkerställa en god IT-miljö och välfärdsteknik för att effektivisera verksamheten.
- Säkerställa att verksamheterna arbetar mot tydliga mål för att tydliggöra prioriterade områden.
- Säkerställa en hög patientsäkerhet genom att göra det till en högt prioriterad förvaltningsövergripande fråga som är del av verksamhetens verksamhetsplaner.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Fokusområde	Mål och åtgärder
Läkarmedverkan	För att förvaltningen ska kunna erbjuda en patientsäker vård är det en förutsättning att läkaren utför sitt medicinska ansvar enligt avtal. Fortsatt samverkan med tydliga målsättningar, kontroll av följsamhet till avtalet och som en sista utväg anlita annan läkare som då bekostas av regionen.
Kompetensförsörjning	Vi kan förvänta oss att mer avancerad sjukvård kommer att utföras i hemmet framöver vilket ställer ökade krav på bemanning av legitimerad personal för att kunna erbjuda en god och säker vård. Det behövs tillräckligt med legitimerad personal med adekvat kompetens och en hållbar kompetensförsörjning plan. Under 2022 har det varit problematiskt att rekrytera legitimerad personal. Arbetet med bemanning sommaren är särskilt svår och även rekrytering från bemanningsföretag har blivit svårare.
Förebyggande arbete	Fortsatt arbete mot ett proaktivt och förebyggande arbetssätt med fokus på att förbättra resultaten i de kvalitetsregister vi är del av, Senior alert, Palliativregistret, BPSD och PPM-mätningar i basala hygienrutiner.
Systematiskt kvalitetsarbete	Det ska bedrivas ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av vården för att skapa möjlighet att upptäcka och åtgärda brister, utveckla verksamheterna och lära av varandra.
Risk- och avvikelshantering	Skapa en god säkerhetskultur och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring risk- och avvikelshantering. Förflytta fokus till riskhanteringen för att utveckla det proaktiva arbetet. Arbetet med risker ska vara en självklar och integrerad del av allt vi gör. Vi ska arbeta aktivt med kända risker men även med risker som kan uppstå.
Ledningssystemet	Fortsätta utveckla ledningssystemet mot processtyrning. Identifiera processer och delprocesser inom verksamheten som rutinerna i ledningssystemet kan kopplas till. Utgå från patienten i processen som då omfattar flera vårdgivare med samverkan som viktig del.
Patientsäkerhet	Kunskapen om patientsäkerhet behöver stärkas så att patientsäkerhet ses som en del av helheten och en förvaltningsövergripande fråga. En strukturerad samverkan och dialog mellan förvaltningsledningen och HSL-ledningsgruppen hade lyft hälso- och sjukvårdsfrågorna och varit gynnsam för patientsäkerheten.
Munhälsa	Friska äldre har idag en bättre munhälsa än någonsin men då den äldre blir skörare och går mot ett ökat omsorgsbehov är munhälsan särskilt utsatt. Resultaten från munhälsobedömningarna år 2022 är fortsatt undermåliga och vårt ansvar för brukares munhälsa behöver tydliggöras. Då munhälsa är så förknippat med övrigt mående och riskförebyggande behöver detta område förbättras markant 2023. Åtgärder är vidtagna och kommunicerade till verksamheten.

Figur 10. Sammanställning över fokusområden för kommande år med mål och åtgärder.