

Patientsäkerhetsberättelse 2021

2021-03-02, Therese Ek, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Habo kommun



HABO KOMMUN

Innehåll

Sammanfattning	4
Organisation och ansvar	5
Vårdgivare	5
Socialnämnden	5
Socialchef	5
Verksamhetschef (Vård- och omsorgschef)	5
Enhetschef	6
MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)	6
Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)	6
Struktur för uppföljning och utvärdering	8
Resultat och analys	8
Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål	10
Vård vid livets slut	12
Svenska palliativvårdsregistret	12
Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)	13
Smittskydd och Vårdhygien	13
Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg	13
Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer	15
Avvikelser	16
Analys och sammanfattning avvikelshantering 2020	16
Utredning av händelser - vårdskador	17
Avvikelser i samverkan	18
Genomförda aktiviteter 2020	18
Planerade aktiviteter 2021	18
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	19
Riskanalys	19
Samverkan för att förebygga vårdskador	20
Strategisk samverkan	20
Samverkan med primärvården	20
Samverkan med slutenvården	20
Informationssäkerhet	21
Patienters och närståendes delaktighet	21
Klagomål och synpunkter	21
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	22

Dokumentation	22
Övergripande Mål och strategier för kommande år	23
Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2021:	25
Bilaga 1. Årshjul hygienorganisation	27

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är 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, 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.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

År 2020 visade sig inte ta hänsyn till någon planering. I början på 2020 tog covid-19 över stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Det pandemiska läget har medfört att hälso- och sjukvården i Habo kommun har tvingats till att prioritera att hantera ett för världen okänt virus. Viruset har fortsatt att påverka även stora delar av 2021.

Förvaltningen har haft fortsatt haft ett förhöjt krisläge även under året 2021, och har likt 2020 efter tillgänglig kunskap arbetat efter de råd och riktlinjer som Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har angivit. Vård- och omsorgsorganisationen har vid flera tillfällen upplevt en nedprioritering av gällande riktlinjer. Det har då handlat om att verksamheterna haft brist på personal och inte kunna bedriva kohortvård. Vårdgivaren har följt myndigheternas och Smittskydds riktlinjer i den mån verksamheterna har medgivit.

Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet har till viss del under 2021 fått stå tillbaka för att prioritera patienters överlevnad och medarbetares säkerhet. Hälso- och sjukvården har tvingats att initialt 2020 starta upp en massvaccination med ett för oss okänt vaccin. Hanteringen av vaccinet var mycket annorlunda jämfört med den hantering man tidigare var van vid då man hanterat andra sorters vaccin. Hälso- och sjukvården har under 2021 vaccinerat alla invånare inskrivna i hemsjukvård i Habo kommun vid 3 tillfällen.

Vi har under 2021 alltså fortsatt hanterat inställda insatser, och inte minst har hälso- och sjukvården hanterat en fortsatt mycket stor påfrestning för samtlig personal. Utvecklingsarbeten har därför fortsatt planerats om till kommande år med förhoppning om att kunna genomföras. Framtiden är dock fortsatt oviss. Det finns planering för flertalet aktiviteter som hälso- och sjukvården tillsammans med andra delar av förvaltningen avser att genomföra.

Förvaltningen rapporterar avvikelser i något högre utsträckning än 2020. Det finns dock fortsatt förbättringsarbete att göra gällande hanteringen av avvikelserna och själva lärandeprocessen i vissa delar av förvaltningen. Pandemin har visat vilka processer som håller för stark påverkan av omgivningsfaktorer och vilka processer som behöver förstärkas. När pandemin är över kommer förvaltningen att dra nödvändiga lärdomar. Målsättningen är ett kontinuerligt lärande.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare

Enligt SOSFS 2011:9 definieras vårdgivaren, en statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridiskperson eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren/ Socialnämnden 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 t.ex. 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 patient-lagen. 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.

Socialnämnden

Vårdgivare i Habo kommun är socialnämnden.

Socialnämnden ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt (HSL) hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbets- och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialchef

Socialchef ansvarar för att:

- Kommunera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.
- Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef (Vård- och omsorgschef)

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården och ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa god och säker vård, samt att:

- Mål för verksamheten formuleras och för att målen nås.
- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- Svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främja kostnadseffektivitet.
- Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar bland annat för att:

- Inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Kommunera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde.
- Föra dialog med personal, medborgare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat.
- Skapa förutsättningar för personalen att i vardagen reflektera kring patientsäkerhetsarbete.
- Inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)

MAS har ett övergripande ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, samt:

- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - Läkemedelshantering
 - Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - Att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.
- Ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Att rapportera till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada (vårdskada)
- Att göra utredningar om allvarliga händelser och bedöma om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria
- MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Att sammanställa avvikelser till socialnämnden
- I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

- Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, fysioterapeut och dietist har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs.

- Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vård skador och risker för vård skador.
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.
- I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3kap. 2 §

Socialförvaltningen arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SOL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet. Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser.

Resultat och analys

De viktigaste åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet 2021 är:

- Under inledningen av 2020 drabbades världen av en pandemi. Denna har påverkat hälso- och sjukvårdens arbete mer eller mindre under hela 2021. En stor del av arbetet har fortsatt handlat om att i samverkan med regionalt smittskydd hantera covid-19. Merparten av arbetsuppgifterna har rört vaccinationer, provtagning, smittspårning och bemanning.
Fortsatt har förvaltningen arbetat med att öka kompetensen kring smitta, smittspridning och basala hygienrutiner genom att utbilda nya hygienombud med hjälp av hygiensjuksköterska från smittskydd, samt att upprätthålla kompetensen genom att all personal har genomgått någon form av utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.
Likt 2020 har förvaltningen arbetat fram nya rutiner då behov har uppstått. Mätningar av följsamhet kring basala hygienrutiner och klädregler har genomförts vid 2 tillfällen.
Habo kommun har i år deltagit i den nationella punktprevalensmätningen HALT. I HALT-mätningen registrerar kommunerna vårdtyngd, antal infektioner, antal riskfaktorer för infektion, samt antibiotikaanvändande för personer som bor på särskilt boende.
- Under året har också regionala mätningar, anordnade av Smittskydd i Jönköpings län, av antal infektioner och riskfaktorer utförts på särskilt boende.
- Enhetschefer inom vård- och omsorg har under 2021 erhållit månadssammanställningar av rapporterade avvikelser. Detta för att underlätta arbetet med avvikelser och för att kontinuerligt belysa vikten av ett fungerande systematiskt förbättringsarbete där avvikelser är en viktig del.
- Ett antal utbildningar inom vårdhygien har genomförts för samtliga medarbetares oavsett anställningsform, som jobbar inom vård- och omsorg.
- Egenkontroll avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation har genomförts.
- Under 2021 har ett tydligt schema för introduktion utarbetats för förvaltningen och också specifikt för hälso- och sjukvården. Detta som ett led att få nya medarbetare att

känna sig påklädda och trygga inför sitt nya uppdrag inom hälso- och sjukvården i Habo kommun.

- Under 2021 har en sjuksköterska gått handledarutbildning 7,5 hp på Jönköping University.

Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål

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

Mål	Strategi/er	Resultat	Åtgärd	Analys
Ändamålsenlig och tydlig dokumentation. Patientsäkert journalsystem.	Del av internkontroll, stickprov 10 slumpmässigt utvalda journaler	Brister i dokumentation och i systemets uppbyggnad identifierade. Säkerhetskopiering av systemet inte möjligt	Fokus på dokumentation genom utbildning av superanvändare, samt frigöra tid för superanvändare.	Resultatet av granskningen redovisat till verksamhetschef.
Minskat antal vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer.	Mätning av riskfaktorer och antal infektioner.	Andelen registrerade infektioner under 2021 är 86 st. Det är en ökning mot 2020 då antalet infektioner var 70 st.	Årlig utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning. Samarbeta med regionen (vårdcentral) kring att minska riskfaktorer. Återuppta arbete med Senior Alert. Analys tillsammans med doktorer på Habo vårdcentral.	Den vanligaste riskfaktorn är urinkateter. Habo kommun har flest andel urinkatetrar i länet. Urinvägsinfektion hos icke- kateterbärande är den vanligaste infektionen. Habo kommun har högst andel infektioner i länet. Orsaken till detta är okänd.
Ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Följsamhetsobservation och självskattning	Ökad följsamhet i kommunen som helhet. Se bilaga 1	Utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning.	Relativt hög följsamhet. Åtgärder där följsamhet brister planeras för respektive verksamhet för 2022.
Ökad inrapportering av avvikelser och att ansvarig chef ska återrapportera avvikelser i sin verksamhet, och använda avvikelser som en del av det systematiska förbättringsarbetet.	Mätning av antal avvikelser. Av MAS manuell granskning av avvikelser och utredningar gjorda av chefer	Antalet inrapporterade avvikelser har ökat 2021. Oklart vad orsaken till detta är.	Anpassning av avvikelshanteringssystem för att göra det mer användarvänligt har skett	Ny rutin har utarbetats på nytt för att passa hela förvaltningen.
En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer	Registrering och arbete i BPSD-registret. Sker i dag i liten utsträckning.	Årlig uppföljning i nationellt register	Sker på enhetsnivå	Delay relaterat till covid-19. Planering för 2022
Bedriva en verksamhet där riskanalys sker som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.	Samtliga patienter ska registreras och följas upp i Senior Alert	Årlig uppföljning i nationellt register	Utbildning och implementering av Senior Alert. Återkommande följa nyckeltal kopplat till analyserna i registret.	Planering inför 2022
En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer för palliativ vård	Samtliga patienter ska registreras i palliativregistret.	Årlig uppföljning i nationellt register. Se resultat under rubrik nedan.	Uppföljning på enhetsnivå, åtgärder planeras i personalgrupp.	Merparten av patienterna blir registrerade i palliativregistret.
Ändamålsenlig synpunkts- och klagomålshandling som ger individen möjlighet att vara delaktig i vården.	Uppmana patienter och närstående att registrera klagomål och synpunkter.	Klagomålshandling sker löpande i respektive verksamhet.	Chef sammanställer och planerar åtgärder i aktuellt system.	Registrering och utredning av klagomål sker inte alltid i systemet Sammanställning av klagomål på övergripande nivå kan därför inte ske.

Tabell 1: Egenkontroll, internkontroll och uppföljningsbara mål.

Hälso- och sjukvården prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagen. Dessa kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar.

Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll.

Vård vid livets slut

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

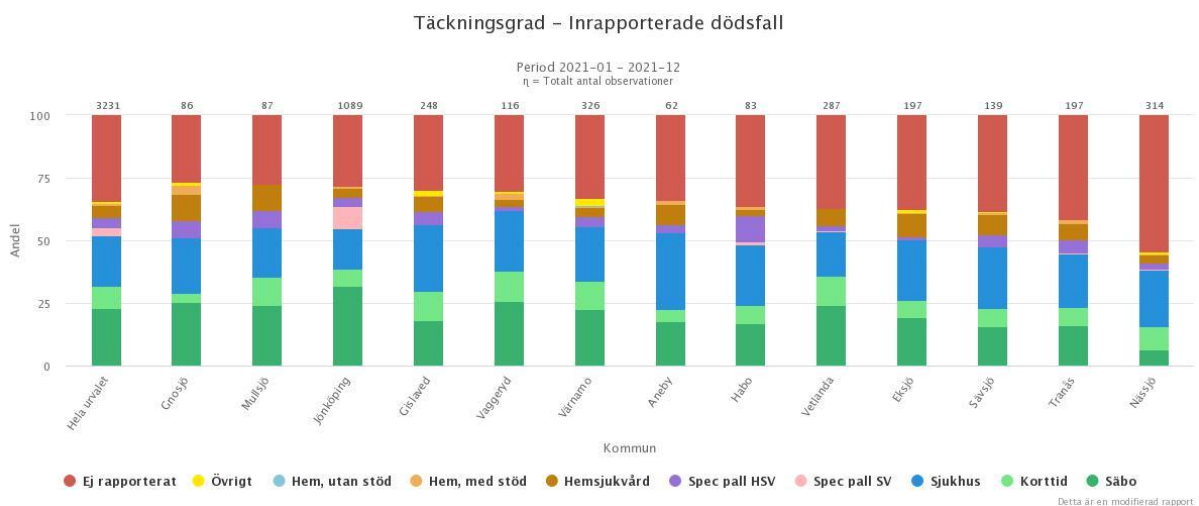
(Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1 inom svensk hälso- och sjukvård. Palliativ vård som utförs i Habo kommun registreras i Svenska Palliativregistret.

Svenska palliativregistret

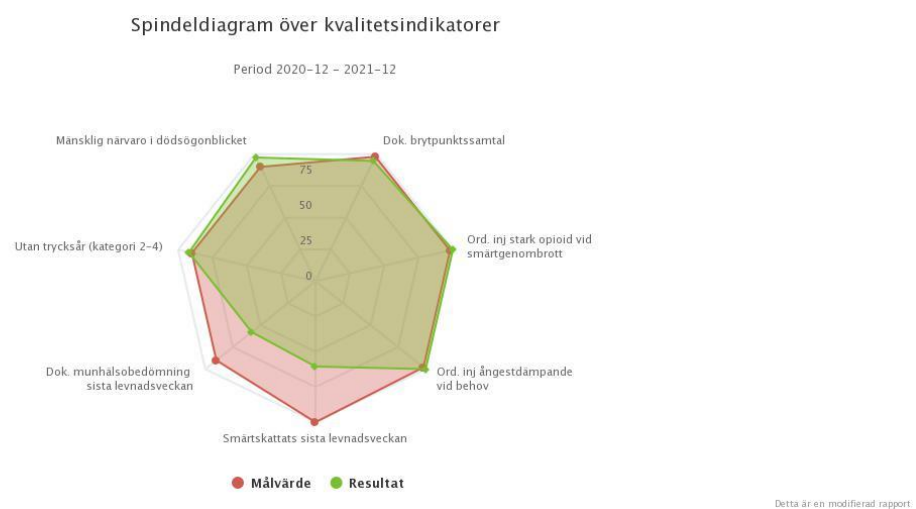
Utvalda insatser för palliativ vård skall registreras i svenska palliativvårdsregistret.

Genomgående för länet är att mätningarna visar att smärtskattningar inte utförs i tillräcklig utsträckning. Enligt registret ges smärtlindring, men grundar sig inte alltid på att en skattning har utförts. Antalet avlidna med någon form av insats från Habo kommun var 83 st. Av dessa har 53 personer registrerats i Palliativregistret. Insatser där en förflyttning behöver göras är smärtskattning sista levnadsveckan och munhälsobedömning.

Patienterna smärtskattas troligen i högre utsträckning än vad dokumentationen anger.



Figur 1: Andel patienter som registrerats i palliativregister 2021



Figur 2: Måluppfyllelse kvalitetsindikatorer Palliativ vård Habo kommun

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stört tankeinhåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom” Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. BPSD-registreringar har de senaste åren minskat, bland annat med hänvisning till att det vid personalomsättning ej utbildats ny BPSD-administratörer. Detta ligger i planering när de covid-19-relaterade omständigheterna tillåter.



2022-01-28

	Antal	2021-01	2021-02	2021-03	2021-04	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12
Antal	1675	108	126	182	144	179	157	20	58	203	200	161	137
Aneby	50	2	3	5	2	5	7	0	2	3	3	12	6
Eksjö	38	1	4	1	0	6	1	1	2	3	9	7	3
Gislaved	130	12	11	17	15	19	10	3	1	18	10	11	3
Gnosjö	67	6	5	7	9	8	11	1	2	9	5	4	0
Habo	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1
Jönköping	703	47	50	70	59	83	54	9	21	88	95	65	62
Mullsjö	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Nässjö	205	17	9	25	18	17	26	2	15	14	15	23	24
Sävsjö	55	1	4	6	8	4	8	1	2	5	11	2	3
Tranås	15	2	0	1	1	1	1	0	0	3	3	1	2
Vaggeryd	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Vetlanda	184	10	18	19	16	21	8	2	10	30	17	20	13
Värnamo	215	10	21	30	15	14	31	1	3	29	30	15	16

Figur 3: Antal BPSD-bedömningar i Habo kommun 2021

Smittskydd och Vårdhygien

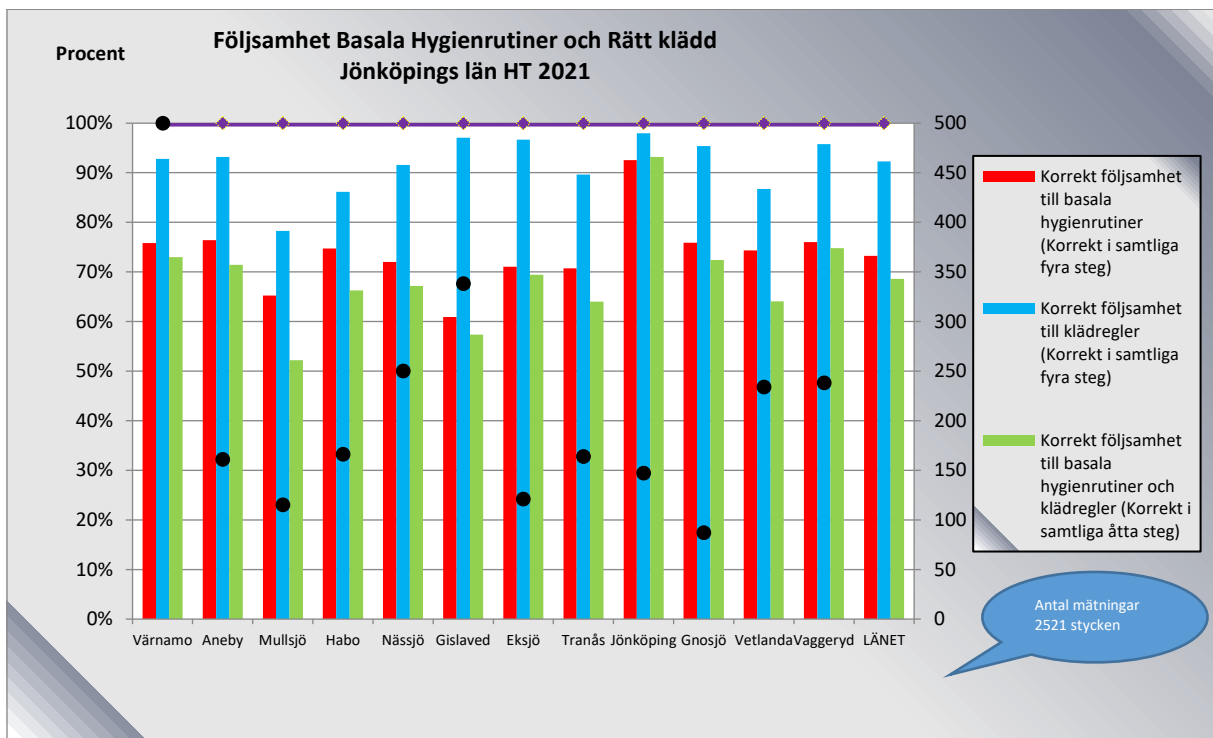
Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg

Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska

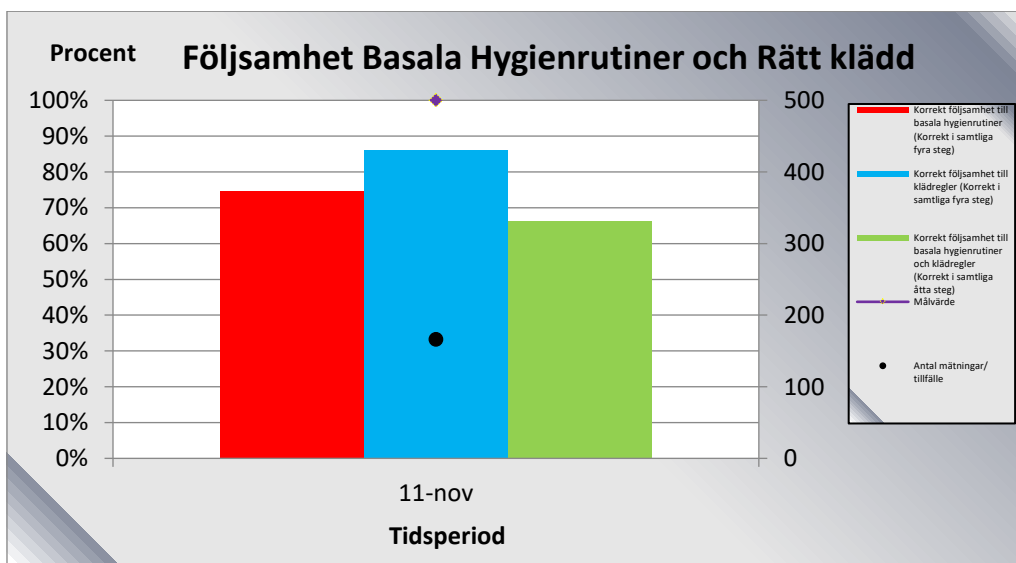
antibiotikaförskrivning och där med även bidra till att minska antibiotikaresistensen. Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.

I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningsskydd.



Figur 4: Följsamhet till basala hygien och klädregler Jönköpings län 2021



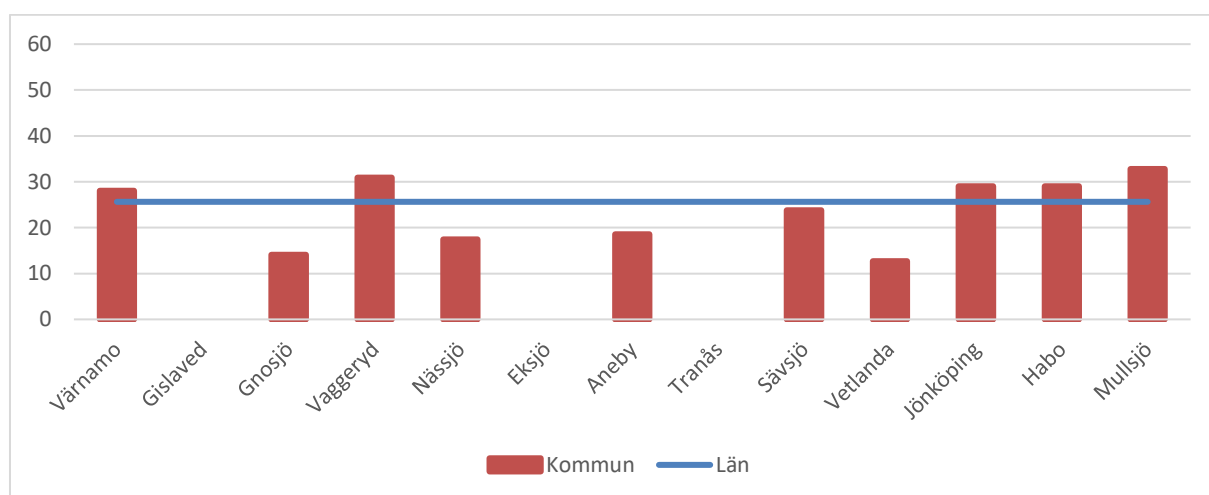
Figur 5: Följsamhet i Habo kommun halvår 2, 2021

Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer

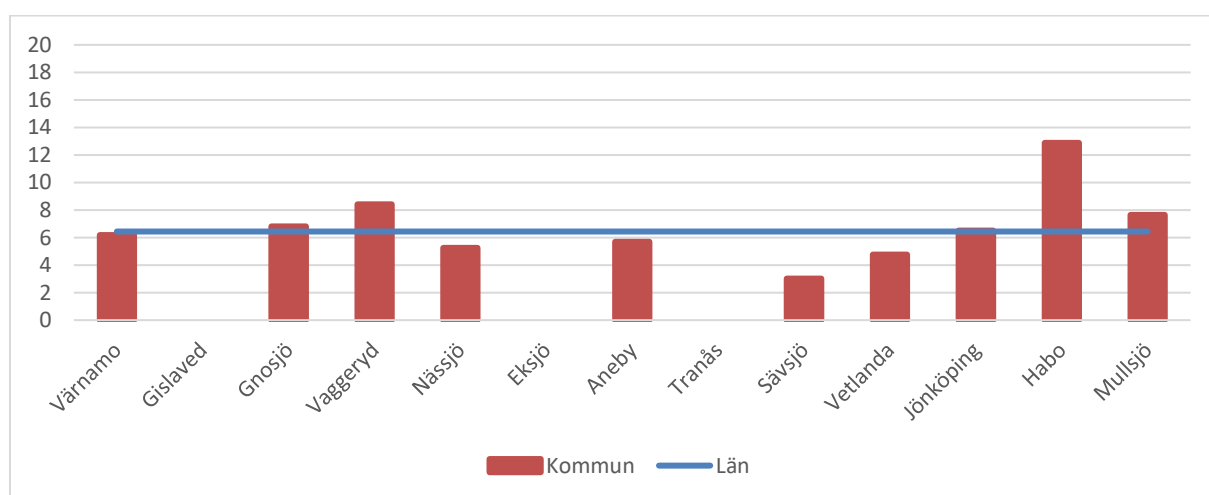
Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Ju fler riskfaktorer som kan identifieras hos en individ, desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga, dels förekomsten av riskfaktorer, dels antalet infektioner förvärvade inom särskilda boenden. Särskilt boende och demensboende i Habo kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data.

Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Förvaltningen kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas. Den vanligaste infektionen som kräver antibiotikabehandling är fortsatt urinvägsinfektion. Den vanligaste enskilda riskfaktorn är urinkateter och därefter följer andra sår eller brott i hudbarriären.

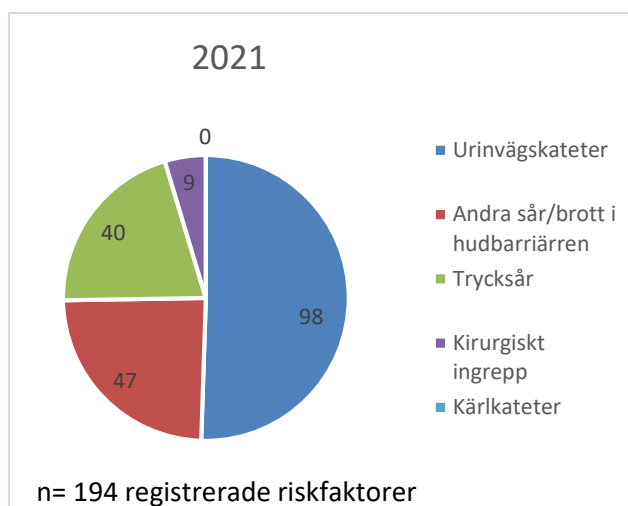
Resultat/ årssammanställning erhålls i februari och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.



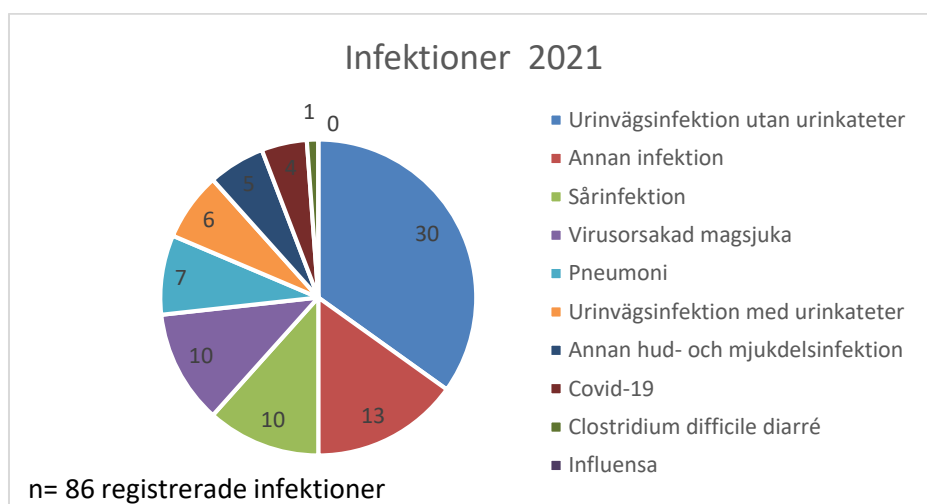
Figur 6: Andel riskfaktorer för personer på särskilt boende i Jönköpings län 2021



Figur 7: Andel infektioner per invånare i Jönköpings län 2021



Figur 8: Fördelning av riskfaktorer i Habo kommun, särskilt boende, 2021



Figur 9: Fördelning av infektioner i Habo kommun, särskilt boende, 2021

Avvikelser

Analys och sammanfattning avvikelshantering 2021

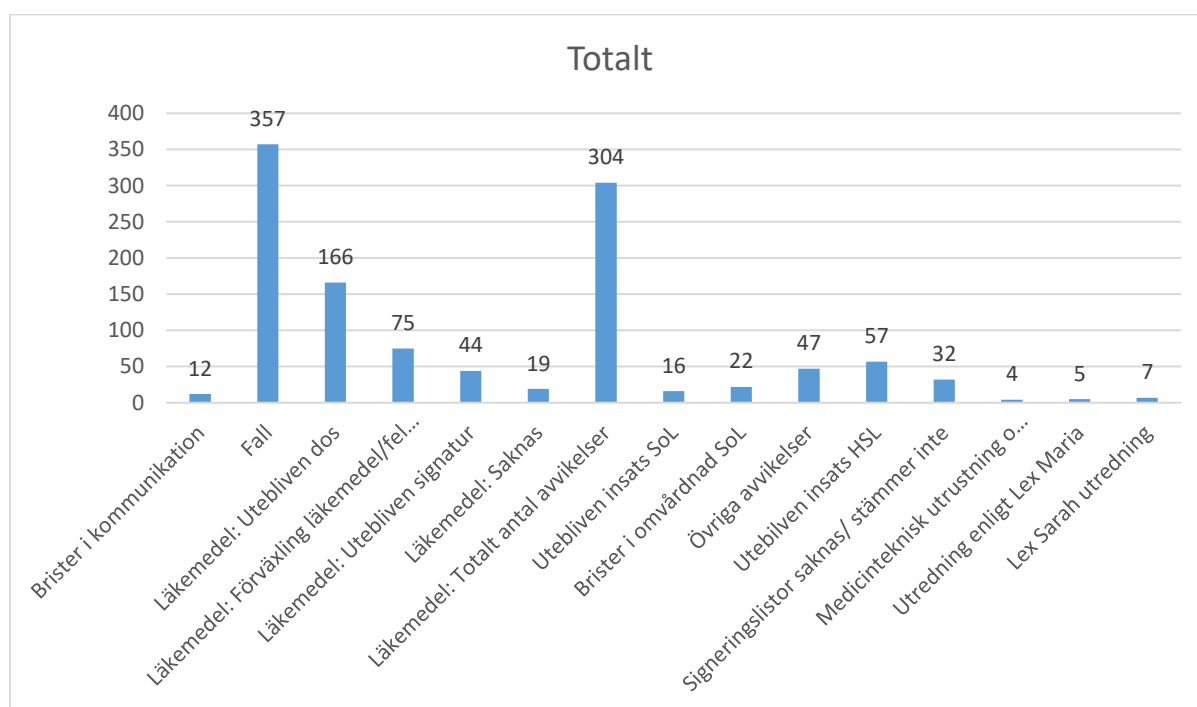
Merparten av medarbetarna bedöms nu kunna arbeta i avvikelshanteringssystemet, dock inte på ett optimalt och effektivt sätt. Detta behöver fortsatt arbetas med. Under 2021 har ny rutin utarbetats, ytterligare förenklad administration kring systemet har genomförts och systemförvaltare har skapat enkla lathundar för utredare och registrerare. Även vikarier behöver i större utsträckning registrera i avvikelshanteringssystemet.

Merparten av avvikelserna handlar om fall. Under 2021 har det skett en ökning i antalet fall inom verksamheterna. Från 277 fall år 2020 till 357 fall 2021. Det arbetas i verksamheterna på individnivå med fallförebyggande åtgärder i det dagliga arbetet, och det planeras också på övergripande nivå i verksamheterna att under 2022 arbeta med fallförebyggande åtgärder i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Antalet läkemedelsavvikelser består främst av utebliven dos. Antalet avvikelser som rör utebliven dos ligger under 2021 fortsatt på samma nivå som tidigare år. Förbättringsarbeten kopplat till denna avvikelsetyp sker respektive verksamhet

Funktionshinderomsorgen och delar av äldreomsorgen rapporterar fortsatt in endast ett fåtal avvikelser. Det sker missförstånd och förväxlingar bland baspersonal i vad som är en avvikelse och hur den ska kategoriseras. Bedömningen är att rutin för avvikelshantering behöver förtydligas för personal och i en del arbetsgrupper behövs utbildningsinsatser.

Chefer i förvaltningen har under 2021 erhållit från MAS månatliga sammanfattningar av de avvikelser som rapporterats. Varje chef ansvarar sedan för att analysera sammanställningen och planera lämpliga åtgärder utifrån analysen.



Figur 10: Sammanställning av det totala antalet avvikelser inom vård och omsorg 2021

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vård skada inträffat eller om det förelegat risk för en vård skada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker vid allvarlig vård skada. Med allvarlig vård skada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2021 har en händelser som rapporterats enligt Lex Maria resulterat i anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

5 utredningar enligt Lex Maria har genomförts under 2021. Möjliga orsaker till ökning av antalet utredningar enligt Lex Maria är något högre personalomsättning än tidigare år och att verksamhetens processer inte har varit tillräckliga för att möta upp ett större antal nya medarbetare. Covid-19 har också gjort att personal har haft en ansträngd arbetssituation på flera olika sätt under stora delar av året.

Avvikelser i samverkan

Under 2021 har flest händelser rapporterats gällande vårdsamordningsprocessen. Det har varit den vanligast rapporterade händelsen de senaste åren. De mest förekommande händelserna gäller att tid för hemgång har inte informerats och initiering till samordnad vårdplanering har inte skett vid ökat behov av insatser efter sjukhusvistelsen. Den näst vanligaste händelsen handlar om läkemedelshantering. Inom denna kategori är den mest förekommande händelsen att läkemedel inte skickas med hem efter sjukhusvistelse. Därefter kommer att förändringar i läkemedelsordinationer inte har meddelats samt felaktiga eller uteblivna ordinationer.

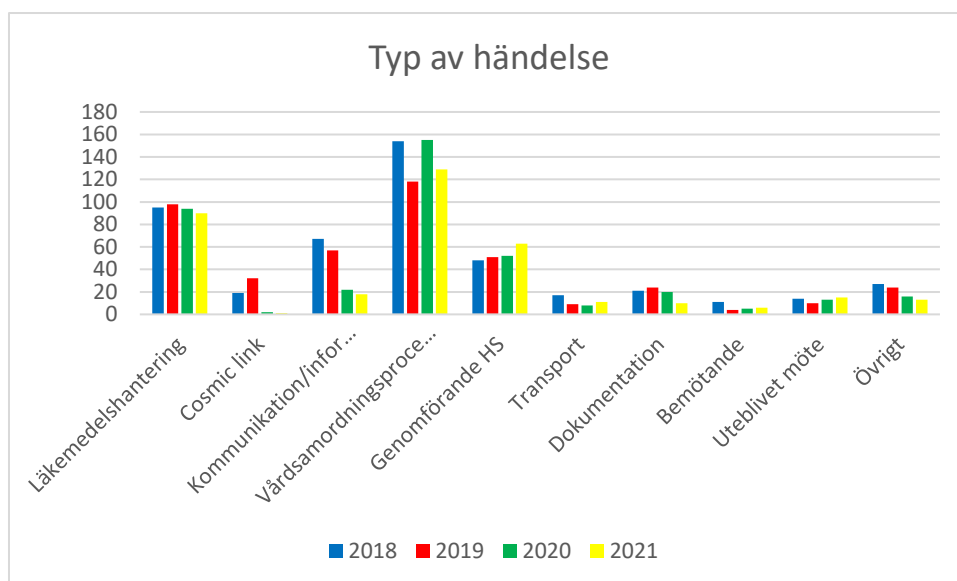
Genomförda aktiviteter 2021

De aktiviteter som planerades för 2021 har inte varit möjligt att genomföra fullt ut på grund av coronapandemin. Det som genomförts är:

- Information om vårdsamordningsprocessen till läkare på medicinkliniken och kirurgkliniken.
- Förbättringsarbete läkemedel. Uppstart med genomgång av läkemedelshändelser med klinisk apotekare på Ryhov.
- Digital information till personal som arbetar med vårdsamordningsprocessen, i väntan på att restriktioner på grund av pandemin tas bort.

Planerade aktiviteter 2022

- Information om vårdsamordningsprocessen till läkare på medicinkliniken och kirurgkliniken.
- Fortsatt förbättringsarbete med vårdsamordningsprocessen.
- Fortsatt arbete med läkemedel i vårdens övergångar.



Figur 11: Vanligast förekommande händelsetyper gällande avvikelser i samverkan, norra länsdelarna.

Habo kommun har skickat två och tagit emot två avvikelser till/ från Psykiatriska kliniken under 2021. Dessa båda rör samverkan kring vårdplaneringsprocessen.

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalys

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

Habo kommun har en risk- och sårbarhetsanalys för frekventa händelser samt för extrema händelser. Denna analys uppdateras årligen av MAS i samarbete med chefer i förvaltningen och räddningstjänst.

Risikanalys har gjorts inför sommaren avseende bemanning. Efter det har handlingsplan har skapats där man förtydligat prioriteringsordning för hur resurser ska fördelas vid bemanningsbrister.

Risikanalys på individnivå genomförs kontinuerligt i verksamheten.

Risikanalys som gjorts på övergripande nivå är kopplade till start av barnboende, dubbelbeläggning av korttidslägenhet, sommarbemanning och patientsäkerhet.

Kommunrehab har under delar av året haft minskade resurser. Risikanalys och handlingsplan är gjort mot bakgrund av detta.

Övriga riskbedömningar och riskhantering genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och landsting).

Risikanalys skall till exempel göras och görs när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner
- Händelser och störningar i verksamhetssystemen hanteras av systemförvaltare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan en viktig del i det kontinuerliga arbetet med att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvården i Habo kommun samverkar med andra vårdgivare på olika nivåer.

Strategisk samverkan

Samverkan kring patientsäkerhet på strategisk nivå sker bland annat genom att Habo kommun har representanter i olika länsnätverk, och nätverk som inkluderar de norra länsdelarna. I nätverken sker bland annat avvikelshantering i samverkan, implementering och översyn av gemensamma riktlinjer på olika nivåer och genom nätverken sker kontinuerlig kompetensutveckling inom aktuella områden.

MAS deltar även i samverkansform på nationell nivå.

Samverkan med primärvården

Hälso- och sjukvårdens personal har daglig möjlighet till telefonkonsultation med doktorer på Habo vårdcentral.

Utöver detta finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att skicka meddelanden i Cosmic messenger till vårdcentralens doktorer.

Dagtid finns en öppen linje direkt till vårdcentralens vårdsamordnare, som tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och förmedlar vidare åtgärd eller kontakt.

Avvikelsehantering i samverkan med primärvården sker kontinuerlig i fysiska möten, antingen månadsvis på strategisk nivå eller i direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det.

Samverkan med slutenvården

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) gäller sedan 2018. Jönköpings län var ute i god tid inför lagförändringen, och projektet ”Trygg och säker vård och omsorg” rullade igång redan 2016.

”Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den”.

Projektet är nu avslutat och i full drift. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (SFS 2017:612) och vårdsamordningsprocessen. Dessa avvikelser hanteras i händelseråd i länets 3 olika sjukvårdsområden.

Direkt samverkan mellan professioner från olika vårdgivare sker huvudsakligen via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link och Cosmic Messenger. I Cosmic LINK kan man efter samtycke från patienten läsa vad som sker då patienten vårdas inom ramen för regionens slutenvård. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med regionens hälso- och sjukvårdspersonal via Cosmic Links meddelandefunktion, Cosmic Messenger.

Samverkan på strategisk nivå sker i händelseråd för somatik och psykiatri samt i olika arbetsgrupper och strategigrupper.

Samverkan med olika specialistfunktioner sker på regelbunden basis. Exempel på detta är samverkan med Smittskydd/ vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

Patientnämnden

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården, och där klagomålet av någon anledning inte hanteras i berörd verksamhet. Klagomålen sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården. Habo kommun har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden, och under 2021 har inga sådana ärenden inkommit.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Förvaltningen fortsätter arbetet med informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Det innebär en behörighetsstyrning i verksamhetssystemet som förhindrar åtkomst till patienter där man inte har en patientrelation. Verktuget är framtaget av SKR.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hälso- och sjukvården i Habo kommun har som ambitionen och i enighet med Nära vård att stärka patientens och närståendes delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet. Habo kommun har som ambition att arbeta personcentrerat och detta arbetssätt stödjer patienters och närståendes delaktighet.

- När en patient flyttar in till särskilt boende i Habo kommun erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hemsjukvården i Habo I samtalen ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.
- Inför årlig läkemedelsgenomgång kontaktas apotekare på Habo vårdcentral för genomgång av läkemedel för patienter inom särskilt boende. Anhöriga erbjuds att delta i de fall patienten samtycker.
- Patienten görs på olika sätt delaktig i vården. Exempel på detta är att hälso- och sjukvården för dialog med patienten angående vårdnivå, läkemedelshantering och livsuppehållande åtgärder såsom hjärt- och lunggräddning. I de enskilda hälsoärendena i patientens journal efterfrågas patientens delaktighet.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer till Hälso- och sjukvården genom:

- Kommunens hemsida via ett elektroniskt formulär som är kopplat till avvikelshanteringssystemet Digital Fox Respons.
- Direkt kontakt med enhetschef eller vårdpersonal.
- Skriftligen via mejl.
- Pappersfolder som finns på flera strategiska platser i verksamheterna.

Enhetschef har uppdraget att kontinuerligt arbeta med synpunkter och klagomål samt sammanställer synpunkter och klagomål årligen. Synpunkter och klagomål återkopplas till personalen i lämpligt forum, och till närstående enligt överenskommelse. Årlig sammanställning av det totala antalet synpunkter och klagomål görs av enhetschef, redovisas för samtlig personal på APT. Detta är underlag för enhetens systematiska förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och avvikelser i verksamheten skriftligen via avvikelshanteringssystemet i Digital Fox Respons. I vissa fall lämnas även en muntlig rapport till berörd chef och/ eller MAS beroende på ärendes art och allvarlighetsgrad.

Avvikelserna sammanställs av enhetschef för Hälso- och sjukvårdspersonal och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal.

Åtgärder vidtas utifrån avvikelsens karaktär.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Dokumentation

Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger. Förändringar sker fortfarande dokumentationsstrukturen då skiftet av verksamhetssystem inte är helt implementerat. Som en del av verksamhetens egenkontroll 2021 har hälso- och sjukvårdsdokumentation återigen granskats.

Granskning visar på brister som framförallt bestod i att individuella mål inte var formulerade, genomförda åtgärder var inte utvärderade och att patientansvarig sjuksköterska inte var namngiven.

Övergripande Mål och strategier för kommande år

Varje invånare i Habo kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individerna ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem. Målsättningen är att patienten ska vara en aktiv medskapare i sin vård och omsorg.

På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

Socialnämnden har antagit 3 verksamhetsutvecklingsmål där man önskar att göra en markant för mandatperioden:

- Digitalisering och välfärdsteknik
- Personalförsörjning
- Integration



Figur 12: Verksamhetsstyrning Socialförvaltningen Habo kommun

Strategin digitalisering och välfärdsteknik är också en del av patientsäkerhetsarbete. Målet för hälso- och sjukvården är att aktivt arbetat med att uppnå ökad patientsäkerhet genom att använda digitala lösningar. Exempel på detta är att i de situationer det anses lämpligt fortsätta och utöka användandet av digitala mötesformer, att samtlig nyckelhantering blir digital och att förvaltningen successivt går över mot digitala läkemedelsskåp.

Verksamheterna kommer under 2022 att gå över till digital signering i app av utförda HSL-insatser.

Socialnämnden har identifierat behov av att säkra *personalförsörjning* för att kunna bedriva bland annat hälso- och sjukvård inom socialförvaltningen. För att i sin tur kunna erbjuda god och säker hälso- och sjukvård krävs att det finns kompetenta medarbetare anställda. Habo

kommun som arbetsgivare har ansvar för att tillgodose en stimulerande, intressant, utvecklande och trygg arbetsplats.

Återigen har hälso- och sjukvården tidigt identifierat utmaningarna med att rekrytera semestervikarier och tidigt påbörjat arbetet med att säkerställa sommarbemanningen.

Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2022:

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Habo kommun styrs verksamheterna, hälso- och sjukvårdsenheten inkluderat, av verksamhetsspecifika kvalitetsfaktorer i enighet med kommunens styrmodell, budget, socialnämndens mål och kommunfullmäktiges övergripande mål. Hälso- och sjukvården styrs av gällande lagstiftning som rör hälso- och sjukvården.

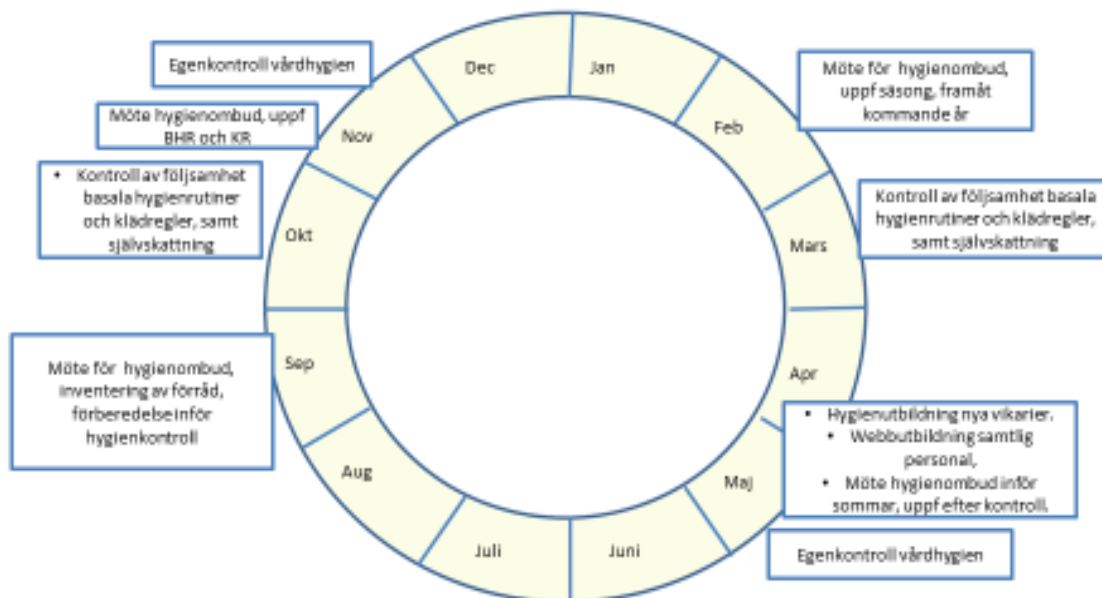
Uppföljning av kvalitet redovisas i kvartalsrapporter till socialnämnd.

- Under 2021 har hälso- och sjukvårdsorganisationen som mål att arbeta vidare med och förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentation. Verksamheten har ännu brister i dokumentationen enligt 2021 års egenkontroll och därför kommer arbetet med att förbättra dokumentationen att fortsätta. Resurser kommer att tillsättas i form av specifika dokumentationsombud som har avsatt tid för att arbeta med att säkerställa att hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker i enighet med lagar och föreskrifter.
- Under 2022 är målet att det preventiva patientsäkerhetsarbetet ska förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Detta planeras att ske med stöd från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
- Ytterligare ett mål är att under 2022 förbättra läkemedelshanteringen med utgångspunkt från den läkemedelsrevision som genomfördes av en oberoende klinisk apotekare från Apoteket AB under hösten 2020. Handlingsplan efter granskningen finns (se bilaga 1) och under året kommer fokus ligga på att denna handlingsplan ska vara åtgärdad. Ny revision är planerad till mars 2022.
- Öka digitalisering för att uppnå ökad patientsäkerhet. Detta ska ske genom att gradvis byta till digitala läkemedelsskåp.
- Hälso- och sjukvården har för avsikt att på lokal nivå och på länsnivå börja arbeta, med stöd från Kommunal utveckling och SKR, utifrån Nationell handlingsplan för patientsäkerhet.
- Följa årshjul för vårdhygien. Se bilaga 2
- Senior Alert är ett kvalitetsregister i vilket personer som är 65 år eller äldre och som har kontakt med vård eller omsorg, registreras gällande riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Samtliga faktorer är viktiga att följa för att arbetet skall kunna målinriktas. Med hjälp av Senior Alert vill kommuner och regioner utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Det möjliggör för verksamheten att arbeta preventivt istället för reaktivt. Senior Alert planerades att återinföras under 2021 vilket har senarelagts med hänvisning till pandemiarbete. Det är ett omfattande arbete att återuppta då många av de medarbetare, inom alla personalkategorier, som nu finns i verksamheten är nya. Bedömningarna bygger på teamsamverkan, vilken i vissa delar av verksamheterna har varit eftersatt under 2020.
- För att patienten ska erhålla god och säker vård krävs att berörda professioner samverkar. Detta sker bäst genom möten där patienten diskuteras utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv. Under 2021 har ett förbättringsarbete att påbörjas för att teamträffarna ska bli så effektiva som möjligt. Förädlas under 2022.

- Arbete med styrmodellens kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer kommer att fortsätta under 2022. Detta mäts på enheten och avvikelser rapporteras till Vård- och omsorgschef.
- Ökad samverkan med regionen i form av att målsättningen att öka andelen patienter som har en SIP som kommit till genom SVPL vid inskrivning i hemsjukvård.

Bilaga 1. Årshjul hygienorganisation

Årshjul hygienorganisation



HABO KOMMUN

habokommun.se