

(möjlighet till egen logga)

Patientsäkerhetsberättelse för Ulricehamns kommun År 2021



Datum 22.04.01
Ansvarig för innehållet:
Elvy Johansson MAS
Diarienummer



ULRICEHAMNS
KOMMUN

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	9
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Säker vård här och nu.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	17

SAMMANFATTNING

I föregående års patientsäkerhetsberättelse fastslogs ett antal prioriterade utvecklingsområden som även i år fått stå tillbaka bl.a. avvikelserprocessen och implementering av bedömnings- och rapporteringsstöd för vårdpersonal. Coronapandemin har även 2021 tagit mycket tid och resurser från andra prioriterade områden men också planeringen inför hälso- och sjukvårdens organisationsförändring och chefsbyten har påverkat. Coronapandemin har ökat kunskapen om vikten av att alltid jobba proaktivt med strikta vårdhygieniska åtgärder oavsett typ av smitta.

Implementering av arbetsprocessen för avvikelshantering som fastslogs 2020 har inte tagit fart, vilket ses vid granskning av avvikelser. Det är allvarligt då vissa avvikande händelser inte uppmärksammas eller utreds för att bidra till en lärande organisation och förbättringsåtgärder. Bedömnings- och rapporteringsstöden ViSam och SBAR har inte implementerats i tillräcklig omfattning vilket ses i både mindre allvarliga och allvarliga avvikelser.

Arbetsätt för delegering till omvårdnadspersonal har reviderats och införs successivt under 2022. Projekt för införande av ny patientjournal och digital signering har varit vilande även detta år.

Under året har det skett en hög personalomsättning inom sjuksköterskeheten, både gällande chefer och sjuksköterskor, vilket naturligt bidragit till att mycket tid har fått läggas på introduktioner och organisation. Den ökade rörligheten av främst sjuksköterskor kan befaras hålla i sig och en tydlig strategi behöver tas fram för att säkerställa rekrytering men också att kunna behålla erfaren personal. En strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda är av yttersta vikt vid hög personalomsättning.

Verksamheterna behöver fastslå vilken kompetens som behövs för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl.a. demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar. Avvikelsearbetet måste tas på allvar och strategier tas fram för att avvikelser ska bli ett lärande och bidra till både patientsäkerhet och rättssäkerhet.

Sammanfattningsvis bör följande områden prioriteras 2022 för en god och säker vård:

- Säkerställa att kommunikation och bedömningar görs strukturerat.
- Avvikelsehantering måste leda till lärande, utveckling och ett proaktivt arbetsätt.
- Behålla en god vårdhygienisk standard.
- Ta fram lokal handlingsplan för palliativ vård och demensvård.
- Kompetensplan och strategi för rekrytering av sköterskor.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid”;

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier är att utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 verka för ett ledningssystem, som är känt, används och följs inom samtliga berörda verksamhetsområden och därmed bidrar till hög patientsäkerhet. Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser kunna säkerställa att all vård och behandling bedöms, planeras, utförs och utvärderas systematiskt och strukturerat. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



Organisation och ansvar

Kommunstyrelsen

Har en övergripande ledningsfunktion och har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Socialchef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

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

Ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvariga) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Ska tillsammans med MAR och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Ska tillsammans med MAS och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering.

Verksamhetschef/Enhetschef

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom ledningssystemet för patientsäkerhet och som verksamheten/enheten är berörd av, följs och är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetsätt utifrån en hög patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetsätt. Vård- och omsorgspersonal ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Stödfunktioner

Vårdhygien och smittskyddsgruppen på Södra Älvsborgs sjukhus.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Regional nivå

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i regionen gällande hälso- och sjukvård och läkarmedverkan regleras i avtal och överenskommelser. Kommunen medverkar genom att bemanna uppdragsgrupper och delta i olika forum för samverkan på regional nivå.

Delregional nivå

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna på delregional nivå regleras i styrdokument och avtal beslutade i samverkansorganet Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Socialchef representerar kommunen i styrgruppen och kommunen bemannar delregionala uppdragsgrupper.

Avvikelse rapportering vid brister i samverkan mellan kommunen och andra vårdgivare ses som en viktig del att förbättra samverkan och öka patientsäkerheten

Kommunens MAS och MAR deltar i delregionala nätverk och samverkan sker kommun-överskridande för gemensamma förhållningssätt kommuner emellan. Inom området vårdhygien finns en nära samverkan mellan MAS-nätverket i södra Älvsborg och enheten Vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus.

Lokal närvårdssamverkan

Den lokala ledningsgruppen för samverkan består av representanter från Ulricehamns kommun, den lokala primärvården samt SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) och leds av socialchef. Lokala arbetsgrupper bildas utifrån olika uppdrag.

Lokal samverkan med primärvård

Struktur för läkarmedverkan på lokal nivå framgår i vårdcentralernas Närområdesplan som hänvisar till regionala rutiner som beskriver hur läkarmedverkan och övrig samverkan ska ske. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan gällande patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Regelbundna samverkansmöten ska hållas för dialog om det vardagliga samarbetet och arbetssätt. Tidsangivelser finns för läkarmedverkan vilket periodvis vårdcentralerna haft svårt att fullfölja vilket, delvis resulterat i försenade årskontroller och uppföljningar av kommunens patienter.

Informationssäkerhet

HSA-ansvarig kontrollerar behörigheter i HSA-katalogen varje månad enligt fastställd rutin. Närmaste chef ansvarar för att beställningar och ändringar av behörigheter till verksamhetssystemet omgående rapporteras till systemförvaltare.

Loggkontroller utförs med stickprovskontroller där man kontrollerar att medarbetaren endast loggat in i patientjournaler där man haft en pågående vårdrelation.

Loggkontrollerna har gjorts två gånger under 2021. Kontrollerna har inte visat någon otillåten inloggning. Frekvens och antal loggkontroller bör utökas, dokumentation av loggkontroller bör struktureras och befintlig rutin bör uppdateras, för att anpassa lokala rutiner till gällande lagkrav.

I samband med utredningar av vårdskador eller risk för vårdskador görs journalgranskning. Under året har ingen strukturerad journalgranskning genomförts.

En god säkerhetskultur

Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En struktur för god säkerhetskultur är fastlagd genom de övergripande målen och strategin för en hög patientsäkerhet, en tydlig organisation och alla medarbetares ansvar. Varje chef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare jobba strukturerat med uppföljning och utvärdering av verksamheten. Att systematiskt analysera och använda inträffade avvikelser är ett viktigt verktyg för att identifiera brister i både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Vid genomgång av hur utredning och analys av inträffade avvikelser har skett under året ses stora brister. Kunskap från inträffade



händelser har inte använts i tillräcklig utsträckning för att skapa en god säkerhetskultur, eftersom händelser har upprepats.

Adekvat kunskap och kompetens

Adekvat kunskap och kompetens är en förutsättning för en god och säker vård. Under året har 12 stycken, ca 25%, av kommunens sjuksköterskor slutat sin tjänst. Det har medfört att kompetens, erfarenhet och kunskap har försvunnit från verksamheten, vilket tar tid att bygga upp igen.



Plan finns för introduktion av nya sjuksköterskor, men behöver ständigt utvärderas för att säkerställa att nya sjuksköterskor får fullgod introduktion i verksamheten. Den nationella bristen på utbildad vård och omsorgspersonal befaras hålla i sig vilket oftast medför ökad omsättning av personal. Strategier för att kunna behålla befintlig och kompetent personal är viktigt och behöver utvärderas.

Bristande kunskap om rutiner och arbetsätt har setts vid granskning av avvikelser och verksamheten måste ta fram en plan för att säkerställa att kunskap om rutiner och arbetsätt hålls levande.

För rehabenheten finns en kompetensutvecklingsplan som fastställs för varje år. För varje yrkesgrupp finns en basnivå resp. fördjupningsnivå. Ytterligare kompetens och utbildningsbehov tas fram utifrån utvecklingssamtal och omvärldsbevakning. Legitimerad personal söker ny och fördjupad kunskap genom vedertagna kanaler och delger varandra genom professionsmöten 1g/månad. Några ur gruppen har fått externa utbildningar i lyftteknik, neurologi, yrsel och förskrivning av hjälpmedel. Hela gruppen har fått Webbaserad utbildning om SIP (Samordnad individuell planering).

För sjuksköterskeenheten finns inte samma struktur eller någon fastslagen kompetensutvecklingsplan. Några ur gruppen har gått Lär-Ut (Läkemedelshantering samt läkemedel i förhållande till äldre), sårvård samt förskrivning av förbrukningsmaterial. Under året har en kartläggning gjorts över sjuksköterskornas kompetens och vad de önskar fortbildning i och en kompetensutveckling ska tas fram under 2022.

Kompetensutvecklingsplanen måste utgå från verksamhetens behov av kompetens och kunskap för att kunna möta alltmer vårdkrävande patienter.

Av omvårdnadspersonal har 37 stycken deltagit i Äldreomsorgslyftet, för att få kompetens som undersköterskor, några av dessa har också lagt till kurser i palliativ vård och i vårdpedagogik. En enhet har utbildat personalen i vardagsrehabilitering.

All Vårdpersonal har fått information om S-BAR, en struktur för rapportering och kommunikation.

Ledarskap för hemsjukvården

Under året har förberedelser för en större organisationsförändring inom hemsjukvården påbörjats men var vid årets slut inte klar. Förändring av organisation på verksamhetschefsnivå har dock genomförts. Två av tre enhetschefer för hemsjukvården slutade under året och nya har rekryterats.

MAS, MAR och en Verksamhetschef har tillsammans gått ledarskapsutbildning under 2021.

Patienten som medskapare

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att patienter och närstående ges möjlighet att medverka och påverka i den enskilde patientens vård och behandling. Detta skall göras vid t.ex. inskrivningssamtal, vårdplanering, upprättande av vårdplaner, i den dagliga vården och omsorgen samt vid utredning av avvikelser och klagomål. Kommunen har en funktion med särskilt anhörigstöd.

Struktur för samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal är en viktig faktor i en personcentrerad vård. En fastslagen struktur för denna samverkan finns till viss del, men behöver ses över och effektiviseras.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapporteras i avvikelssystemet och närmast berörd chef ansvarar för utredning. Vid allvarlig/ risk för allvarlig vårdskada kontaktas MAS/MAR. Särskilt framtagen checklista finns för att utreda orsak till det inträffade. Berörd personal och om möjligt patient/närstående involveras i utredningen som ska ske skyndsamt. Färdig utredning ska återföras till berörd verksamhet för ett lärande och kommuniceras även till andra verksamheter för lärande.

Då 40 % av rapporterade avvikelser inte utreds och analyseras så används inte händelserna som en förbättringsmöjlighet utan förblir bara en rapport. Kunskap om hur avvikelser kan användas för att utvärdera och förbättra verksamheter måste implementeras på alla nivåer.

Under året har fyra allvarliga händelser utretts, varav tre lett till Lex Mariaanmälan. Händelserna har till stor del handlat om brister i bedömningar, kommunikation och åtgärder när patienter försämrats i sitt hälsotillstånd. Rutiner och arbetsätt för bedömningar av förändrat hälsotillstånd finns men har inte följts och bristande kunskap om



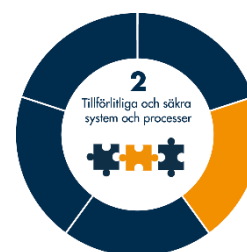
verksamhetens och professionernas uppdrag kan ses vara bidragande orsaker till allvarliga händelser. Föregående år konstaterades samma brister och inför 2021 sattes mål att implementera och öka kunskap kring besluts- och bedömningsinstrument ViSam samt kommunikationsverktyget S-BAR.

Under året har trycksår börjat rapporteras som en avvikelse vilket är positivt att verksamheten ser varje trycksår som en avvikande händelse, som inte ska ske vid adekvat vård och omsorg. Nedslående är dock antalet trycksår som rapporterats är hög. Antal avvikelser och analys redovisas under säkra system och processer.

Det har även gjorts fem utredningar enligt Lex Sara.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Flera av arbetsprocesserna för en hög patientsäkerhet är ständigt pågående förbättringsarbeten men under året liksom föregående år har mest fokus riktats mot vårdhygien men fler processer måste få större fokus under 2022.



Avvikelsehantering

Arbetsprocessen för en strukturerad och systematisk hantering av avvikelser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst är väl dokumenterad och rapporteringsgraden betecknas som mycket god. Det stora antalet avvikelser kan ses i ljuset av att verksamheten betonat att avvikelse skall skrivas vid händelse eller risk för händelse. Utredning och analys av avvikelser är dock bristfällig och leder sällan till förbättringsåtgärder. Utredning och analys endast skett för 58% av de rapporterade avvikelserna. Det indikerar att avvikelsearbetet inte prioriteras eller är för komplicerat och arbetskrävande. Risk finns att systemfel och strukturella brister inte uppmärksammas och det lärande som kan ske uteblir.

Implementering av nuvarande process som beslutades 2020 har inte genomförts i någon hög utsträckning Implementering och dialog om avvikelsehantering behöver antas som arbetssätt för en lärande organisation.

För att stärka kunskap och underlätta utredning och analysarbetet bör en omvärldsbevakning göras för att finna effektivare verktyg i avvikelsearbetet.

Antal avvikelser redovisas för alla enheter verksamma inom HSL, SoL och LSS.

Typ av avvikelse	2021	2020	2019
Läkemedel	1338	1046	886
Övrig hälso- och sjukvård	64	85	100
Trycksår	19		
Falltillbud	1724	1681	1580
Socialtjänst/LSS myndighetsutövning	50	49	
Socialtjänst/LSS utförare	196	232	
Brukare skadar/hotar att skada sig själv, annan brukare eller personal	75		

Missförhållande – ekonomisk oegentlighet	2		
Missförhållande – fysiskt övergrepp	4		
Missförhållande – psykiskt övergrepp	4		
Missförhållande – sexuellt övergrepp	3		
Brist till skydd för barn, unga och missbrukare	3		
Ej personrelaterad händelse, utrustning, teknik, miljö	118	161	
Informationssäkerhet	80	59	
Ej kategoriserade avvikelser	173**	825	
totalt	3853	4138	2566

** flertalet av ej kategoriserade avvikelser är falltillbud

- Inom läkemedelshantering är det framförallt att patienter inte fått ordinerat läkemedel. Brist gällande narkotiska läkemedel utgör 58 avvikelser.
- Allvarliga trycksår har uppstått i verksamheten vilket indikerar att det finns brister i kunskap inom omvårdnad och att arbeta förebyggande.
- Antalet fall har ökat och är sannolikt fler än angiven siffra då mer än hälften av de icke kategoriserade avvikelserna är fall.
- Att vårdtagare skadar eller hotar att skada sig själv eller andra indikerar att strategier för bemötande och omvårdnad måste säkerställas.
- En del av avvikelserna gäller arbetsmiljö och har rapporterats i fel system. Personal behöver få kunskap om avvikelshantering både gällande arbetsmiljö och verksamhet.

Avvikelser i Närvårdssamverkan

Kommunen har hanterat 135 avvikelser. Av dessa har 119 upptäckts i kommunen och rapporterats till andra vårdgivare. 16 avvikelser har rapporterats från andra vårdgivare till kommunen.

Vanligaste avvikelserna handlar om samverkan vid informationsöverföring och kommunikation. Därefter kommer brister gällande läkemedel och ordinationer i vårdens övergångar.

Klagomål och synpunkter

Via kommunens hemsida och ute i verksamheterna finns möjlighet att lämna klagomål och synpunkter. Dessa hanteras enligt rutin och utreds av berörd chef eller annan lämplig person. Klagomål och synpunkter, som kommer via Patientnämnden tas emot och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller verksamhetschef. Information om Patientnämnden finns på Ulricehamns kommuns hemsida. Under året har inget klagomål inkommit från Patientnämnden. Två klagomål gällande hälso- och sjukvård har inkommit från närstående och utretts av MAS. Av dessa har ingen lett till Lex Mariaanmälan.

Bedömningsstöd - och kommunikation mellan vårdpersonal

Vid utredning av inträffade avvikelser har under de senaste åren och inte minst under 2021 kunnat konstateras brister i bedömning av patientens hälsotillstånd och kommunikation mellan vårdpersonal. Bedömningsstödet ViSam och kommunikationsmodellen SBAR ska användas men bristande kunskap om syfte och användning av dessa har bidragit till både allvarliga och mindre allvarliga händelser. All vårdpersonal har fått information om S-BAR, men säkerställande av användning har inte gjorts i tillräcklig omfattning.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

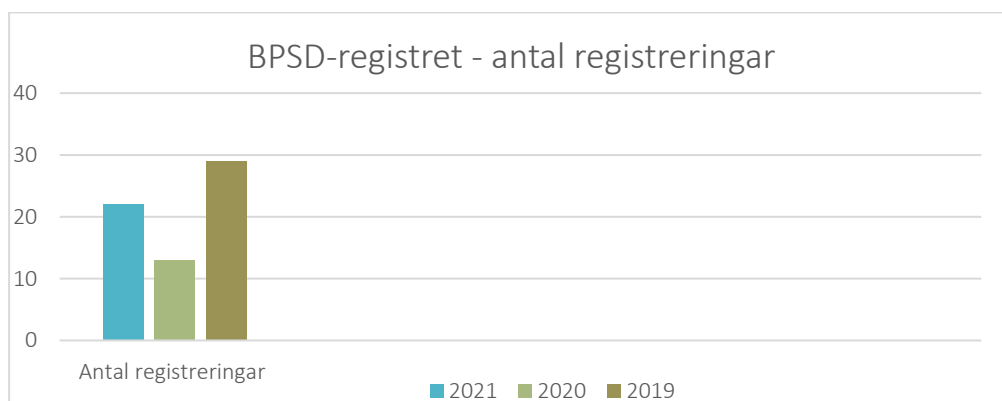
Arbets sättet för delegering av arbetsuppgifter har under året förändrats till en övergång mot att hela delegeringsförfarandet med teoretisk utbildning och praktisk genomgång sker på respektive enhet.

Demensvård

Nationella riktlinjer för demensvård reviderades 2017 men den gemensamma handlingsplanen mellan kommunen och lokala primärvården är inte reviderad efter det och är heller inte formaliserad gällande ansvar. Uppdrag för nyskapande av en gemensam handlingsplan aktualiserades 2021 till lokal närvårdssamverkan.

Kommunens vård och omsorg ska använda BPSD-registret (BPSD=Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom) som verktyg för att säkerställa och individanpassa omvårdnadsåtgärder för demenssjuka personer.

Idag finns ca 45 aktiva användare fördelat bland legitimerad personal, enhetschefer och omvårdnadspersonal. Användare finns på alla boenden inom äldreomsorgen. Under året har utbildningsinsatser gjorts på flera äldreboenden för att implementera och öka användandet av BPSD-registret men det är endast 22 patienter som fått en strukturerad bedömning.



Läkemedelshantering och välfärdsteknik

Läkemedelshantering är en central och viktig del i hemsjukvårdens arbete. Brist i följsamhet till rutiner är en vanlig orsak till avvikelser inom läkemedelshantering och förbättringsdiskussioner är ständigt aktuella. Under året har revidering av rutin för läkemedelshantering gjorts.

Digitala loggningsbara lås på läkemedelsskåp är installerade i alla lägenheter på vård- och omsorgsboenden för äldre. I ordinärt boende förekommer fortfarande låsbara skrin med en osäker nyckelhantering. Införande av digitala lås har påbörjats i liten skala. Inom LSS-boende behöver en översyn göras för att kartlägga behov av en säker förvaring. Syftet med digitala lås är en säker förvaring, att enbart behörig personal ska ha tillgång till läkemedlen samt att kunna spåra obehörigt intrång.

Införande med digital signering av administrerade läkemedel är beslutat och pilotprojekt har påbörjats både 2019, 2020 och 2021 men fått avbrytas pga. brister i programvara, bristande wifi- och mobiltäckning på kommunens vård- och omsorgsboenden. Digital signering bidrar till minskad pappershantering och minskad risk för felmedicinering. Ett införande planeras under 2022.

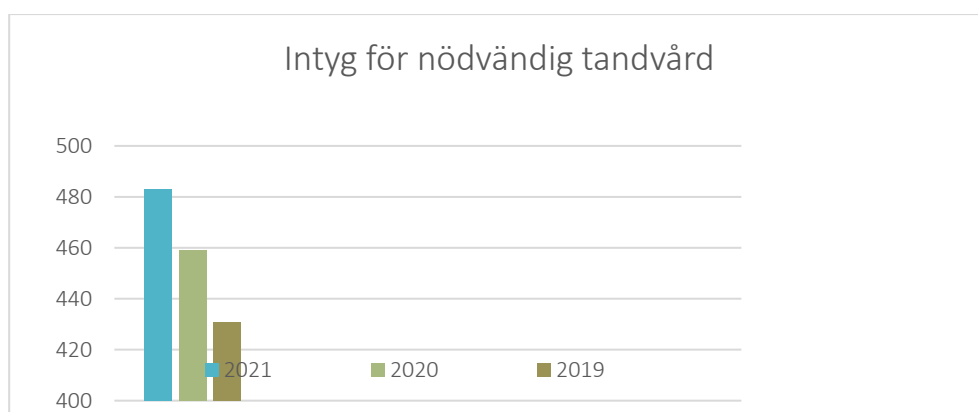
Dokumentation- patientjournal

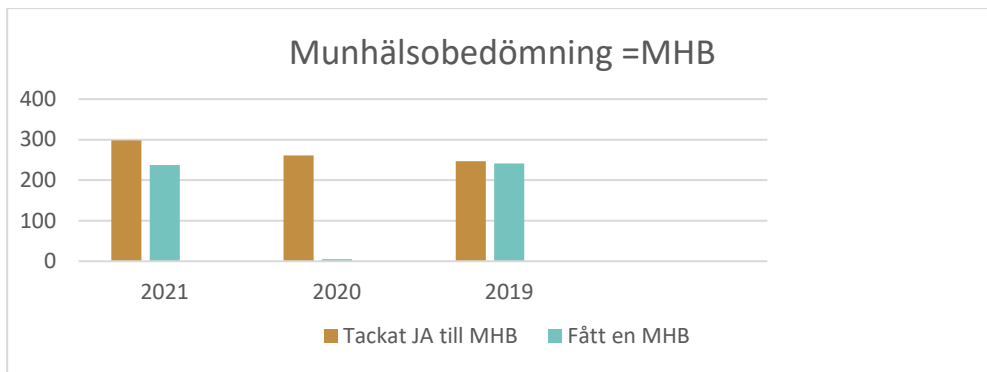
Beslut finns att en ny modell för dokumentation i patientjournalen ska införas. Modellen bygger på nationell informationsstruktur med dokumentation i processer, inom hälsa, vård och omsorg, det s.k. "Hälsoärendet", med tillhörande digital planeringskalende. Arbetet påbörjades 2019 men har fått pausas av olika skäl, både tekniska, resursmässiga och inte minst pandemin. Införandet är planerat 2022.

Munhälsa

Nödvändig tandvård

Vård och omsorgstagare med omfattande behov kan ha rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård). Det innebär att personen blir erbjuden en årlig munhälsobedömning av tandhygienist och att patientavgiften för tandläkarbesök är samma som för övrig regional hälso- och sjukvård samt ingår i högkostnadsskyddet. Sjuksköterska eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget.



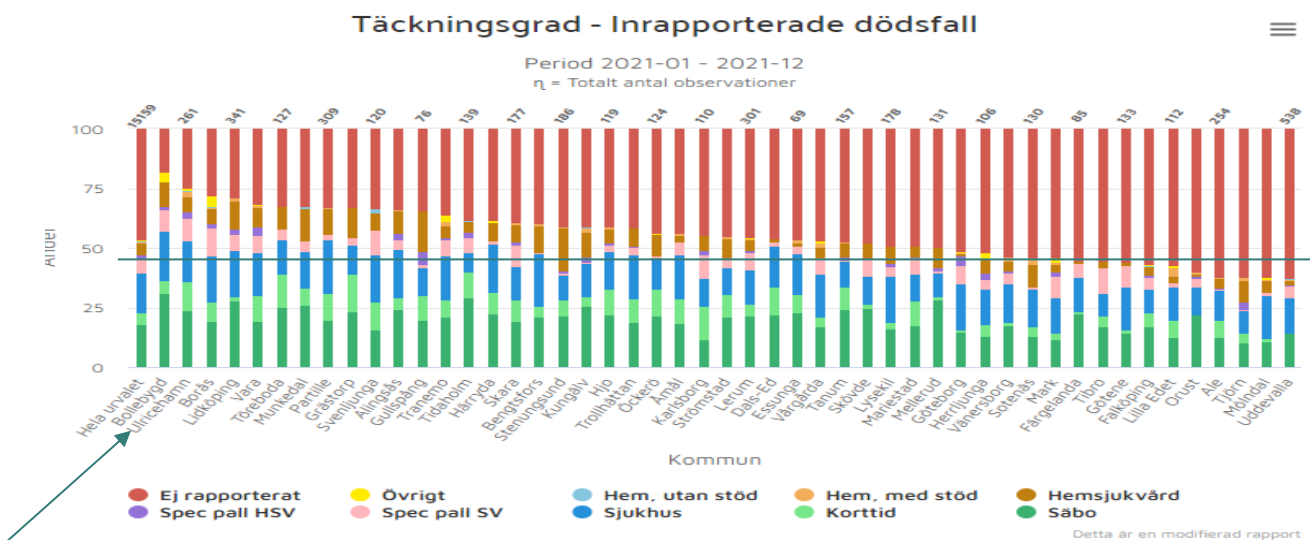


Palliativ vård - palliativregistret

Nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd finns att tillgå för verksamheterna, men kommunen saknar en anpassad strategi och handlingsplan för hur den palliativa vården ska bedrivas samt behov av kompetensutveckling. Rutin finns för läkemedelsbehandling vid palliativ vård.

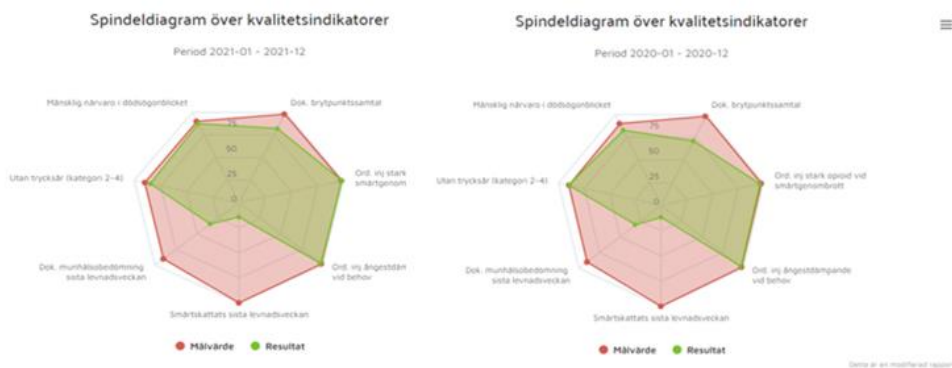
Utbildning inom palliativ vård och samverkan mellan de olika personalkategorier som möter palliativa patienter är nödvändigt och en förutsättning för att säkerställa en god och personcentrerad palliativ vård.

Ett nationellt mål är att 70% av inträffade dödsfall ska registreras oavsett var dödsfallet sker. Under 2021 registrerades ca 75% vilket är en förbättring jämfört med 73% 2020. I tabellen nedan ses resultatet för Västra Götalandsregionens kommuner.



Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och måltal för palliativ vård

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som Socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras. Närstående kan ges möjlighet att logga in i registret för att uttrycka sin upplevelse av vården i livets slutskede men har inte praktiserats i Ulricehamns kommun ännu.



Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som en patient eller personal drabbas av i samband med vård och omsorg. Den viktigaste åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är att arbeta med basala hygienrutiner och klädregler.

Under året har det vårdhygieniska arbetet prioriterat sig självt och stort fokus har varit på att fortsatt säkra rutiner och arbetssätt för att hindra smittspridning av Coronapandemin. Samverkan med vårdhygieniska enheten och smittskyddsenheten inom regionen har varit tät för att säkra och anpassa rutiner allteftersom kunskapen om Covid-19 har fördjupats.

Vaccination mot Covid19 till hemsjukvårdens patienter har varit en stor del av hemsjukvårdens vårdpreventiva insatser under 2021 som tagit mycket tid för planering, logistik och genomförande, men en hög andel av kommunens patienter, och i vissa fall medboende, har kunnat vaccineras med tre doser Covidvaccin under året.

MAS och verksamhetschefer har haft ett flertal dialogmöten med enheternas hygienombud och enhetschefer för att få spridning och dialog om skyddsutrustning, hygienrutiner, säkra besök och ändrade städrutiner på boenden. Provtagning och smittspårning har också varit en stor del av arbetet under pandemin.

Ytterligare åtgärder för att minska vårdrelaterade infektioner är att det finns rutiner och utrustning för en säker desinfektion av medicinteknisk utrustning, t.ex. instrument som används vid olika typer av vård och behandling. Värmedesinfektion ska användas framför kemisk desinfektion och engångsmaterial. Under året har fler diskmaskiner för värmedesinfektion installerats ute på enheterna.

Vårdhygieniska enheten har genomfört en hygienrund utifrån fastställt protokoll på kommunens korttidsenhet. Resultatet visade god vårdhygienisk standard.

Vårdprevention - Senior Alert

Att arbeta förebyggande med proaktiva åtgärder är en viktig del för att förhindra onödigt lidande och vårdskador eller risk för vårdskador. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som skall användas för att identifiera och registrera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen samt sviktande funktion i urinblåsa. Vid identifierad risk ger registret förslag på förebyggande åtgärder, struktur för uppföljning och utvärdering.

I samband med inflyttning till vård- och omsorgsboende eller inskrivning i kommunens hälso- och sjukvård ska riskbedömning göras, därefter en gång per år.

Under året har 185 patienter riskbedömts, varav 60 har skett på korttidsenheten.

Resultatet visar att risker upptäcks hos en stor del av de som riskbedöms men också att det är alldeles för få som får en riskbedömning utifrån att 700 patienter kontinuerligt är inskrivna i hemsjukvården.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention		
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Ulricehamns kommun	185	95% ↑ 200 av 211	87% ↑ 174 av 200	95% ↑ 189 av 200
Trycksår		39% ↑ 83 av 211	90% ↑ 75 av 83	95% ↑ 79 av 83
Undernäring		66% ↑ 139 av 211	88% ↑ 123 av 139	94% ↑ 130 av 139
Fall		85% ↑ 180 av 211	90% ↑ 162 av 180	94% ↑ 169 av 180
Munhälsa		54% ↑ 111 av 206	92% ↑ 102 av 111	98% ↑ 109 av 111

Grönt = uppfyller det vårdpreventiva arbetet väl.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Se tidigare avsnitt om vårdprevention. Introduktion av ny personal och strategi för kompetensutveckling har beskrivits under avsnitt Adekvat kunskap och kompetens. Risker gällande patientsäkerhet kan upptäckas via riskanalyser, avvikelserapporter, klagomål och synpunkter. När händelseanalyser och utredningar görs identifieras risker som analyseras och förbättringsåtgärder kan vidtas. Se även under avsnitt vårdskador.



Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse inom kommunen

All vård- och omsorgspersonal ska ha kunskap om rutiner och arbetssätt för att rapportera händelser och risker som patienter och brukare utsätts för. Närmaste chef ansvarar för att en gång per år säkerställa att personalen har kunskap om avvikelshantering och rapportering om missförhållanden.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Genom Coronapandemin med tuffa restriktioner har kommunen fått praktisera krisledning och samverkan på alla nivåer för att finna strategier och arbetssätt för att hantera pandemin. Inom vård och omsorg har befintliga strukturer använts för att nå längst ut i verksamheterna med information och snabba omställningar. Coronapandemin har sannolikt ökat riskmedvetenheten och att en beredskap måste finnas för framtida liknande händelser.

Lagerhållning av diverse utrustning är ett område som uppmärksammas och som regelbundet måste ses över för att kunna möta behov i eventuella framtida kriser.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

En ökad rörlighet av främst legitimerad personal befaras hålla i sig och en tydlig strategi behöver tas fram för att säkerställa rekrytering och behålla erfaren personal. En strukturerad och väl planerad introduktion av nyanställda är av yttersta vikt för att säkerställa en god och patientsäker vård. Kompetens och arbetssätt för att möta patienters behov med en personcentrerad vård inom bl. a demensvård, palliativ vård och akuta bedömningar behöver säkerställas. Avvikelsearbetet måste tas på allvar och strategier tas fram för att avvikelser ska bli ett lärande och bidra till både trygghet, patientsäkerhet samt rättssäkerhet. Sammanfattningsvis bör följande områden prioriteras för att säkerställa agerande för en god vård och hög patientsäkerhet:

- Säkerställa att strukturerade bedömningar enligt ViSam utförs vid förändrat hälsotillstånd hos patienter.
- Säkerställa att strukturerad kommunikation och information om patienters hälsotillstånd, utförs enligt modellen SBAR.
- Avvikelsehantering måste leda till lärande och utveckling och i förlängningen till ett proaktivt arbetssätt för att minska antalet händelser.
- Behålla en god vårdhygienisk standard.
- Ta fram en lokal handlingsplan för hur den palliativa vården ska bedrivas.
- Ta fram en lokal handlingsplan för hur demensvården ska bedrivas.
- Kompetensplaner för sjuksköterskor utifrån verksamhetens behov.
- Strategi för rekrytering och introduktion av sjuksköterskor.
- Strategi för att kunna behålla erfaren legitimerad personal.

