



MARIESTAD

Patientsäkerhetsberättelse

för Mariestads kommun

År 2023



Datum 24-02-14
Ansvarig för innehållet
Medicinskt ansvarig sjuksköterska Pia Stenlund
Diarienummer: Aon 2024/11

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.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Innehåll

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Organisatoriskt ansvar	7
Socialnämnden och Äldre-och omsorgsnämnden	7
Verksamhetschef	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS	8
Avdelningschef	8
Enhetschef	8
Hälso- och sjukvårdspersonal	8
Vårdsamverkan Skaraborg	8
Vårdhygien och Smittskydd	9
Patientnämnden	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Teamarbete	9
Lokal samverkan	9
Samverkan vid in-och utskrivning från slutna hälso-och sjukvård	10
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Läkemedel	13
Dokumentation	13
Basala hygienrutiner och klädregler	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14

Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Riskbedömningar	15
Trygg och säker hemgång	15
Dokumentation.....	15
Digital signering	15
Palliativ vård	15
Delegering av läkemedelshantering	16
Blåsdysfunktion	16
Munhälsa.....	16
Säsongsvaccinationer	16
Vaccinationer mot Covid-19	16
Medicinsk vårdplan	16
Samordnad individuell plan, SIP	17
Säker vård här och nu	17
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	18
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2024.....	19
BILAGA 1.....	20
Läkemedelsavvikelse	20
.....	20
Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP.....	21
Fallregistreringar	21
Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering.....	22
Kvalitetsregister.....	22
BPSD registret.....	22
Palliativa registret.....	23
Senior alert	25
Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar	26
Basala hygienrutiner	27

SAMMANFATTNING

Under 2023 så har avdelningen för hälso-och sjukvård byggts upp för att säkerställa en hälso-och sjukvård av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Två enhetschefer med delat ansvar för all legitimerad personal och kvalitetsansvar för omvårdnad resp. rehabilitering har tillsatts.

Nyrekrytering av sjuksköterskor har genomförts för att säkra upp en god grundbemanning enligt den nya arbetstidslagen.

Under hela året har ett stort fokus varit på säker dokumentation och en ny hälso-och sjukvårdsjournal har införts.

Fortlöpande HLR-utbildning för all personal inom förvaltningen har startats upp i samarbete med Vadsbogymnasiet. Återkommande förflyttningsutbildning för all personal som arbetar omvårdnadsnära har startats upp under ledning av kommunens fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Ett evidensbaserat och strukturerat arbetssätt för att minska fallrisk hos äldre har implementerats.

Arbetet med riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert har ökat och antalet fallincidenter har minskat.

Patientsäkerhetsarbetet har fortsatt med egenkontroller, riskbedömningar och händelseanalyser för att säkerställa en trygg och säker vård för patienterna i Mariestads kommun.

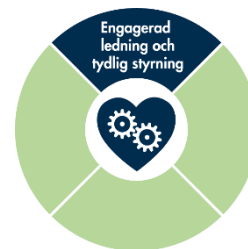
Utmaningarna framåt är att kunna möta upp i omställningsarbetet mot en god och nära vård. Vilket kräver utbildad och trygg vårdpersonal, förändrade arbetssätt och en god samverkan med Regionens hälso-och sjukvård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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 §

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds i Mariestads kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten.

Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda händelser som uppkommit. När medarbetare använder framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är ett huvudavtal. Därtill finns överenskommelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas mellan parterna vilka utgör underavtal. Underavtal finns för områden som:

- Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Läkarmedverkan
- Rehabilitering och habilitering

- Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk
- Beslut om egenvård
- Läkemedel
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelsnära produkter
- Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Organisatoriskt ansvar

Det finns ett systematiskt arbetssätt för planerade möten inom verksamheten, systemet bygger på att information löpande ska ges från ledning ut till medarbetare i den följd som ansvar föreligger. Varje ansvarig chef har ansvar för att patientsäkerhetsarbetet följer framtagen riktlinje för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att återslag sker enligt egenkontrollplan, vilket leder till en ständig återkoppling och löpande utveckling av patientsäkerhetsarbetet. Äldre- och omsorgsnämnden och Socialnämnden informeras dels vid planerade tidpunkter under året men också däremellan då verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att det finns ett behov.

Socialnämnden och Äldre- och omsorgsnämnden

Nämnderna är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725). Nämnderna ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att det integreras med system för budget- och verksamhetsplanering.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter utifrån de krav som ställs för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS har tillsammans med verksamhetschefen till ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att riktlinjer och rutiner finns och att lagar, författningsbestämmelser och andra regler är kända. Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning utifrån författningsreglering mellan funktionerna verksamhetschef och MAS. Ansvarsfördelningen ingår som en del i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Avdelningschef

Avdelningschefer för äldreomsorg, funktionsstöd, hälso- och sjukvård samt individ- och familjeomsorg har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet så att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt är kostnadseffektiv. Avdelningscheferna ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att riktlinjer antagna av nämnden och rutiner fastställda av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är väl kända och efterföljs ute i verksamheten. De ansvarar också för att rutiner används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschefen har även ansvar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet genomförs i enhetlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och att man följer verksamhetens ledningssystem samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vårdsamverkan Skaraborg

Syfte med vårdsamverkan är att nå en effektiv samverkan i frågor som berör samtliga parter med målet att berörda patienter ska uppleva vård- och omsorg som en helhet utan gränser. Genom att bidra till en gränsövergripande verksamhets- och kunskapsutveckling med beaktande av gällande avtal och överenskommelser och koordinera närvårdens arbete på en gemensam Skaraborgsnivå. Vårdsamverkan Skaraborg har arbetsgrupper som tillsammans med utsedda processtöd följer upp framtagna mål.

Vårdhygien och Smittskydd

Vårdhygien på Skaraborgs Sjukhus, har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till sjukhusvården, regionala primärvården och den kommunala primärvården. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att kommunen behöver extra stöd. Vid smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen har Smittskydds-enheten det ansvarsområdet.

Patientnämnden

Patientnämnderna har utifrån ett avtal ansvar för att stödja patienter som får hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom regionen eller av kommuner i Västra Götaland. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter, bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Teamarbete

Teamet har ansvar för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov. Teamet kring patienten består av arbetsterapeut, biståndsbedömare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska, omsorgspersonal och läkare samt vid behov andra specialister inom regionens verksamheter. Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet.

Teamträffar genomförs regelbundet i samtliga verksamheter, för att stärka och säkra teamarbetet. Enhetschef för varje boende/område leder mötet. Varje profession dokumenterar och följer upp insatta åtgärder och hjälpmedel inom sitt ansvarsområde. På teamträffar analyseras genomförda riskbedömningar och händelser, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas. Teamträffar är ett arbetsätt som ökar patientsäkerheten.

Lokal samverkan

Lokala avtal med vårdcentraler om mobil hemsjukvårdsläkare och handlingsplaner med målområden gemensamma lokalt och i Skaraborg stärker samverkan i den nära vården. Samtliga dokument och arbetsätt utvärderas vid gemensamma möten 4 ggr/år och det finns rutiner för löpande kontakter när behov uppstår.

Samverkan vid in-och utskrivning från slutna hälso-och sjukvård

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso-och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Rutinen ska vara känd och samverkan ska alltid utgå från personens behov av samordnade insatser. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen. Det är viktigt att direkt vid inskrivningen bedöma den enskildes behov och påbörja planering inför utskrivning. Om den enskildes behov förändras under vårdtiden förändras också planeringsprocessen. Inom Äldre-och omsorgsförvaltningen i Mariestads kommun finns ett utsett team som planerar och genomför samordnade individuella planer (SIP), tillsammans med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Målet med informationssäkerhetsarbete är att säkerställa medarbetares tillgång till korrekt information när den behövs samt säkerställa att den inte sprids till obehöriga. Mariestads kommun har därför en framtagen rutin för informationssäkerhet som beskriver rutiner och kontroller för informationssäkerheten inom områden som dokumentation, behörigheter och åtkomst.

I riktlinjen för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården i Mariestads kommun beskrivs hantering av patientuppgifter. Stickprovskontroller av loggar i patientjournaler som genomförts under 2023 har varit utan anmärkningar vilket tyder på en god inre sekretess. Loggning i SAMSA och NPÖ utföres 1ggr/månaden enligt framtagen rutin.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet, en del i detta är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation där patient och/eller närstående ges möjlighet att vara delaktig är grundläggande. All hälso- och sjukvårdspersonal känner till och ska rapportera avvikelser enligt rutin. Enhetschefer har till ansvar att löpande utreda och åtgärda avvikelser på sin enhet. Riktlinjen för risk- och händelseanalys ingår som en del i ledningssystemet. Riktlinjen beskriver metod för analysarbete och riskbedömningar. Riktlinjen beskriver även omfattningen av utredningar vid händelser beroende på dess omfattning och det ansvar och roll som varje medarbetare har vid analys och åtgärdsarbetet. Målet är att tillhandahålla ett verktyg i det praktiska arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten och att genom systematiskt analysarbete åstadkomma en lärande organisation, verksamhet av god kvalitet, en god och säker vård.



Verksamheterna genomför ständigt risk- och händelseanalyser genom att:

- I förebyggande syfte utföra riskbedömningar
- Använda bedömningsinstrument
- Skapa handlingsplaner och rutiner
- Analysera tillbud och avvikelser samt åtgärda brister

Allvarligare händelser rapporteras skyndsamt till MAS, som utreder och gör en lex Maria anmälan då det är aktuellt. Ansvarig nämnd informeras vid en lex Maria anmälan, avvikelser sammanställs av MAS halvårsvis och redovisas till ledning och verksamhet. För nämnderna redovisas avvikelser varje år i samband med patientsäkerhetsberättelsen. Nämnderna har delegerat till MAS att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med medicintekniska produkter (MTP).

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. All legitimerad personal har under våren 2023 fått utbildning i NI-processen (nationell informationsstruktur) vilket ska ge en strukturerad, enhetlig, standardiserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvårdsdokumentation. Under hösten har sedan ett nytt journalsystem Lifecare HSL införts. Fortlöpande HLR-utbildning och förflyttningsutbildning för all personal inom förvaltningen har startats upp under 2023. Flertalet sjuksköterskor har gått utbildning i klinisk bedömning. Två sjuksköterskor och en fysioterapeut har en pågående AST.(akademisk specialisttjänstgöring) där man studerar en specialistutbildning på 50 % och arbetar 50 %. Under året har även legitimerad personal haft möjlighet att delta i kortare föreläsningar och utbildningar i till exempel sårvård, inkontinens, diabetes, hygien och förflyttningsutbildning. För omsorgspersonal sker fortlöpande utbildningar i exempelvis hygienrutiner, munvård och läkemedelshantering på APT. All omsorgspersonal som nyanställs i kommunen får 1,5 dag utbildning i omvårdnad, förflyttningssteknik och delegering.



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.



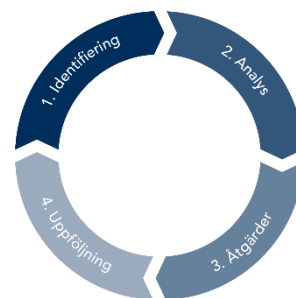
PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och i förekommande fall närstående ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård samt ska den så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patient och/eller närstående ska alltid bli informerade vid utredning av vårdskada och ombuds också att lämna en egen redogörelse muntligt eller skriftligt om händelsen. Patient och/eller närstående som vänder sig till någon i kommunen ska bli informerad om vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter, i första hand till närmaste chef. Patientnämnden finns även som ett stöd och har utifrån ett avtal ansvar för att stödja patienter som får hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom regionen eller av kommuner i Västra Götaland. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter, bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

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 kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala resultat. Patientsäkerhetsarbetet analyseras, följs upp och utvärderas med underlag av en framtagen egenkontrollplan för MAS, samt i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.



Egenkontrollplanen för MAS utgår från områden enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30, kap. 12) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80 6 §)

Ledningsgruppen för hälso- och sjukvård följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor och verksamhetsfrågor. Gruppen består av avdelningschef, enhetschefer och MAS som alla har ett gemensamt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Man tar beslut, planerar och leder förbättringsarbeten utifrån framtagna riktlinjer och rutiner. Uppföljningar och utvärderingar genomförs regelbundet.

Läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs årligen av Apoteket AB och gjordes senast i april-23 med få anmärkningar. Efter granskningen så erhöll verksamheten en rapport/åtgärdsplan som sedan följs upp av enhetschef HoS samt MAS.

Dokumentation

En av de större åtgärderna under 2023 har varit införande av ett nytt verksamhetssystem vilket inneburit ett helt nytt sätt för de legitimerade att dokumentera enligt NI-processen. Dokumentation enligt NI-processen ger en strukturerad, enhetlig, standardiserad och ändamålsenlig dokumentation vilket ska öka patientsäkerheten. Journalgranskning genomförs årligen utefter en framtagen granskningsmall som följer gällande lagstiftning för dokumentation i patientjournal.

Nationell Patientöversikt, NPÖ innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan hämta aktuell information om en patient direkt från den regionala primärvården och från sjukhusen. NPÖ ökar patientsäkerheten dels för att information inte behöver skickas mellan olika vårdgivare och dels för att kommunen får tillgång till aktuell information direkt när den är dokumenterad. Genom NPÖ ges möjlighet till ett effektivare arbetssätt och en säkrare informationsöverföring.

Basala hygienrutiner och klädregler

En egenkontrollsmall för basala hygienrutiner är framtagen som en del i kvalitetsgranskningen som enhetschefer ansvarar för. Mallen följer Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och är ett verktyg för enhetschefer att använda i dialog med personal i respektive verksamhet. Verksamheterna dokumenterar hur basala hygienrutiner följs och vilka förbättringsområden som finns. Enhetschefer analyserar innehållet och väger in svar på genomförd självskattning som skett under samma period. Resultatet används som underlag för fortsatta förbättringsarbeten.

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. En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. MAS bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och om det ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Under 2023 har 3 anmälningar enl. lex Maria inrapporterats till IVO från Äldre- och omsorgsförvaltningen. Åtgärdsplaner har skapats och följts upp. Identifierade riskområden är brister i dokumentation både bland omsorgspersonal och legitimerad personal. Brister i avvikelshantering, bristande följsamhet i läkemedelshantering och digital signering samt brister i klinisk bedömning. Åtgärder har satts in i form av utbildning i dokumentation, revidering av rutin för läkemedelshantering, rutin för dokumentation samt fortlöpande utbildning i klinisk bedömning för sjuksköterskor.



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.

Under 2023 har övergripande mål och strategier fokuserat på att säkra processer vid samverkan, informationsöverföring, dokumentation samt att öka kvalitén utifrån patientens perspektiv bland annat genom att säkerställa bedömningar av risker.



Riskbedömningar

Strategin att genomföra, åtgärda, utvärdera och följa upp riskbedömningar i sådana processer som rekommenderas på nationell nivå, med stöd av kvalitetsregister, har fortsatt under 2023. Fokus har legat på teamarbete inom samtliga verksamheter, utredningar och uppföljningar av avvikelser kopplade till enskilda patienter. Riskbedömningar med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert har ökat under 2023 jämfört med 2021 och 2022.

Trygg och säker hemgång

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Inom äldre- och omsorgsförvaltningen finns nu ett team som planerar och genomför samordnade individuella planer (SIP), tillsammans med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården. Detta arbetssätt med regelbundna kontakter vårdgivarna emellan fungerar mycket bra.

Dokumentation

Under 2023 har en ny hälso- och sjukvårdsjournal införts. En reviderad rutin för hur dokumentation i patientjournal ska ske är upprättad och en journalgranskningsmall utifrån gällande regelverk. Under 2024 kommer MAS och alla legitimerade professioner kvalitetsgranska dokumentationen utifrån upprättad mall.

Digital signering

Under våren 2019 startades ett gemensamt projekt inom MTG (Mariestad, Töreboda och Gullspångs kommuner) för att införa digital signering av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Antalet läkemedelsavvikelser hade de senaste åren ökat och den vanligaste avvikelserna var avglömd läkemedelsdos. Den manuella hanteringen var en orsak till avvikelser samt en tidskrävande uppgift för legitimerad personal, då det ofta förekom ändringar. I flertalet studier hade man sett att digital signering minskade antal läkemedelsavvikelser och gav en högre patientsäkerhet. Arbetssättet skulle också ge tidsbesparingar för legitimerad personal. Digital signering med hjälp av systemet MCSS Appva infördes i december 2020 och har varit ett etablerat arbetssätt sedan dess.

Palliativ vård

Verksamheten har ett strukturerat arbetssätt för palliativ vård i livets slutskede. Det finns en utarbetad rutin som är väl känd och som aktualiseras årligen i alla arbetsgrupper. Ansvarig läkare planerar för den palliativa vården tillsammans med patient, närstående och ansvarig sjuksköterska genom ett så kallat brytpunktsamtal. Så att det ska bli så bra som möjligt för den enskilde i livets slut.

Delegering av läkemedelshantering

Varje person som planeras att få delegering för läkemedelshantering får genomgå en delegeringsutbildning med utbildningsansvarig sjuksköterska. Som avslut på denna utbildning genomför personen också ett kunskapstest. En delegering ska följas upp årligen och i samband med denna uppföljning genomförs den webbaserade delegeringsutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”, innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats. I samband med införandet av digital signering som också är kopplat till delegering så lades delegeringarna över i systemet MCSS Appva.

Blåsdysfunktion

Alla som har en blåsdysfunktion ska få sina problem utredda och för den enskildes livskvalitet är det även viktigt att utreda besvärens karaktär. Kvalitetsregistret Senior alert har blåsdysfunktion som en process med delarna riskbedömning, orsaker, åtgärder och uppföljning, för att ge stöd i utredningen.

Förskrivarens ansvar är tydligt, som att identifiera behov, prova ut och anpassa produkt, göra patient delaktig i beslut samt följa upp. Hur det har genomförts ska sedan gå att följa i dokumentationen i patientjournal.

Munhälsa

Tandvårdsenheten har en överenskommelse med Västra Götalands samtliga kommuner avseende samverkan för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg får ett ”Intyg om nödvändig tandvård”. Detta innebär även ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist i bostaden.

Säsongsvaccinationer

Under rekommenderad tid för vaccination av säsongsinfluensa hösten 2023 så har de patienter inom den kommunala hälso-och sjukvården som valt att vaccinera sig fått detta av kommunens sjuksköterskor.

Smittskydd anser att personal som arbetar vårdtagarna nära bör erbjudas vaccination mot säsongsinfluensa. Äldre-och omsorgsförvaltningen har därför erbjudit kostnadsfritt influensavaccin till sin personal via sin vårdcentral.

Vaccinationer mot Covid-19

Vaccination mot Covid-19 har fortsatt under 2023 enligt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten.

Medicinsk vårdplan

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringen initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal planeras vårdens inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Medicinsk vårdplan är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omsorgspersonal, sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård.

Vårdplanen är framtagen i samverkan och arbetssättet finns beskrivet på Vårdsamverkan Skaraborgs hemsida.

Samordnad individuell plan, SIP

SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att den enskilde patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje för SIP med tillhörande mall för SIP.

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. Andelen restnoterade läkemedel har ökat i samhället vilket innebär en risk att patienterna inte får de läkemedel som man är i behov av. Det är också risker i hanteringen av ersättningsläkemedel tills rätt läkemedel kan levereras igen. Inga allvarliga avvikelser inom läkemedelshantering 2023 kan dock kopplas till att läkemedel varit restnoterade.



Den lokala samverkan med Regionens primärvård fungerar bra. Tillsammans behöver vi möta upp omställningen till en nära vård och då är god samverkan en förutsättning. Kortare vårdtider på sjukhus medför att patienterna skrivs ut till den kommunala primärvården med mer avancerade medicinska och omvårdnadsmissiga insatser än tidigare. Rekrytering av personal med rätt kompetens för detta är en utmaning.

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.

Framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys beskriver metod för analysarbete och riskbedömningar. Riktlinjen beskriver även omfattningen av utredningar vid händelser beroende på dess omfattning och det ansvar och roll som varje medarbetare har vid analys och åtgärdsarbetet. Målet är att tillhandahålla ett verktyg i det praktiska arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten och att genom systematiskt analysarbete åstadkomma en lärande organisation, verksamhet av god kvalitet, en god och säker vård.

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.



Avvikelser

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

Händelser som anmäls eller rapporteras till verksamheterna som avvikelser utreds och analyseras enligt framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys. Riktlinjens syfte är att säkerställa så händelser bedöms på likartat sätt.

MAS sammanställer avvikelser halvårsvis, redovisar därefter till verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den årliga sammanställningen redovisas även till nämnd.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamhetsansvariga utreder inkomna klagomål och synpunkter, MAS utreder vidare då händelser eller risk med konsekvenser bedöms vara betydande eller katastrofala. Berörda verksamheter informeras om samtliga händelser i syfte att ta lärdom. Inkomna klagomål och synpunkter kan komma från patient och/eller närstående, patientnämnd eller personal inom verksamheterna.

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.

Krisberedskapsplaner behöver uppdateras och göras kända i verksamheten.

Omställningsarbetet mot en god och nära vård kräver samverkan mellan de olika huvudmännen när det gäller vårdövergångar, arbetssätt och resursfrågor.

Kompetensförsörjningen är ett område som behöver utvecklas i allt högre takt och det är viktigt att det finns en aktuell och uppdaterad kompetensförsörjningsplan.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR 2024

Kommunal primärvård är en ny benämning på den kommunala hälso- och sjukvården. Inför införandet av Nära vård, där den kommunala primärvården kan förväntas ansvara för mer avancerad sjukvård i hemmet är utmaningen kompetens och resurser.

Under satsningen Nära Vård behöver det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret (kommunala primärvården) tydliggöras i relation till den regionfinansierade delen i primärvården. Kommunens hälso- och sjukvård är en del av primärvården, men har själv inget ansvar för läkarinsatser. Samverkan är därför viktig för att kunna arbeta effektivt och minska risker för vårdskador och för vårdskador i vårdens övergångar.

Andelen personer med kommunal hälso- och sjukvård har ökat, patienter blir utskrivningsklara tidigare från slutenvården och behöver mer avancerad vård och omvårdnad i hemmet mot tidigare. Ofta saknas en medicinsk planering för vården i hemmet vid utskrivning och här behöver vi tillsammans med vårdcentralerna hitta arbetssätt och samverkansformer så att vården i hemmet blir trygg och säker.

Nytt verksamhetssystem Lifecare HSL har införts under 2023 för legitimerad personal. Det har krävt stora utbildningsinsatser och behovet av utbildning kommer fortsatt vara stort under 2024 för att kvalitetssäkra dokumentationen.

Under 2024 ska den digitala signeringen via MCSS Appva avslutas och signeringen av hälso- och sjukvårdsuppgifter samt delegeringarna kommer att finnas i Lifecare HSL i stället.

From 1 april 2024 går vi in i ett nytt verksamhetssystem för att rapportera och utreda avvikelser, synpunkter och klagomål. För att på ett mer strukturerat och enhetligt sätt kunna utreda detta samt få ut tillförlitlig statistik.

Under IVO´s tillsyn på särskilda boenden 2022 framkom bla. synpunkter på den palliativa vården i kommunen. Under 2024 så kommer därför all personal inom förvaltningen genomföra en palliativ webbutbildning framtagen av Betaniastiftelsen ”Lindring bortom boten” som baseras på Socialstyrelsens kunskapsstöd och det nya vårdprogrammet i palliativ vård och vårdförloppet för palliativ vård.

I resultatet från Palliativregistret framkommer brister i munhälsobedömning sista levnadsveckan och tillämpning av smärtskattningsinstrument. Ett omtag i detta arbete behöver därför göras.

Bemanning med legitimerad personal och omsorgspersonal är en utmaning. Här behöver vi arbeta vidare med rekrytering samt arbeta för att behålla redan anställd personal.

Erfarenheten, kunskapen och beredskap efter pandemin med covid-19 gör att vi fortsatt behöver arbeta med krisberedskapsplaner för eventuella krissituationer som kan uppkomma.

BILAGA 1.

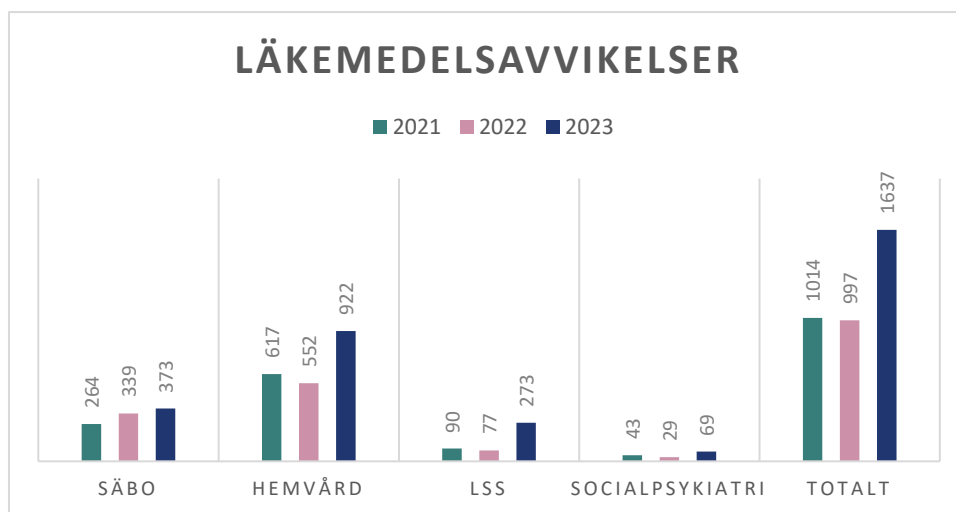
Läkemedelsavvikelser

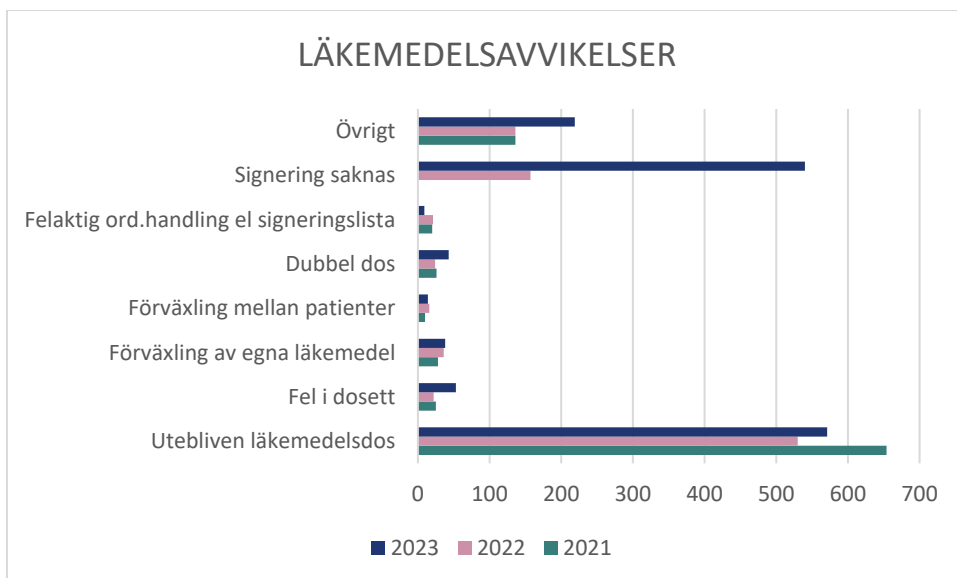
Antalet överlämnade doser av läkemedel var 2023 **1 259 795**.

Under 2023 registrerades det totalt **1637** läkemedelsavvikelser, vilket är en ökning med 64 % mot 2022.

Av det totala antalet överlämnade läkemedelsdoser så har det alltså blivit en avvikelse i 0,13 % av fallen.

Den vanligaste läkemedelsavvikelsen är glömda doser. Efter införandet av digital signering 2020 så har dock dessa avvikelser minskat med ca. **30 %**. Avvikelser gällande ”signering saknas” har ökat med **244 %** från 2022 till 2023. Vid digital signering blir det synligt direkt när signering inte är utförd, avvikelse skrivs och åtgärder kan sättas in. Enligt statistik från MCSS Appva så signeras **99 %** av alla insatser. **93 %** i tid med en genomsnittlig avvikelse på 8 minuter.



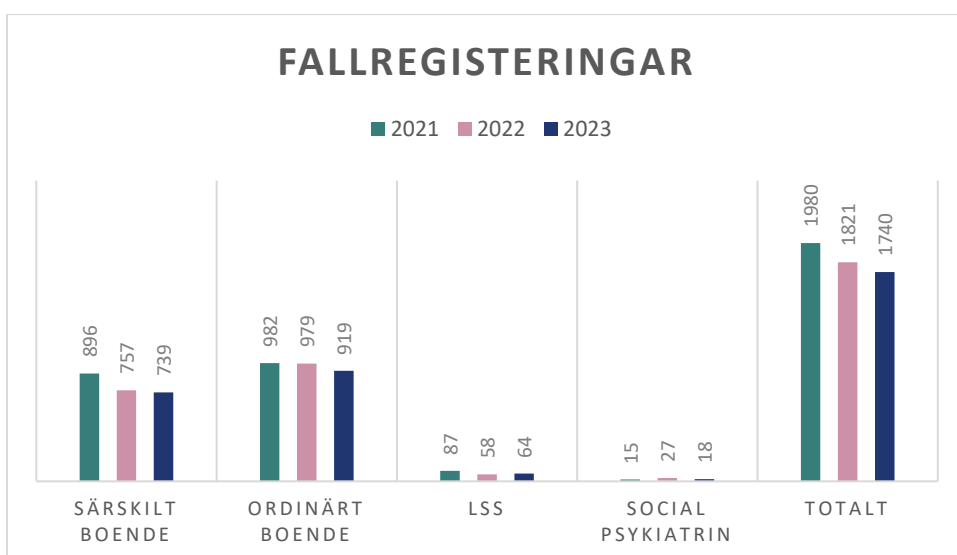


Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP

Under 2023 så har ingen händelse med MTP anmälts till IVO, Läkemedelsverket och tillverkare pga. av materiella och tekniska brister i samband med användandet.

Fallregistreringar

Antalet registrerade fall har under 2023 minskat mot föregående år. Att riskbedöma och sätta in åtgärder när det visar på risk för fall är ett område som ska prioriteras inom förvaltningen.



Av det totala antalet registrerade fall har det registrerats att **8 (11)** personer ådragit sig en höftfraktur, **16 (24)** personer någon annan typ av fraktur, **17 (24)** personer har ådragit sig huvudskador, **111 (136)** personer har fått en mjukdelsskada och **125 (171)** personer en sårskada.

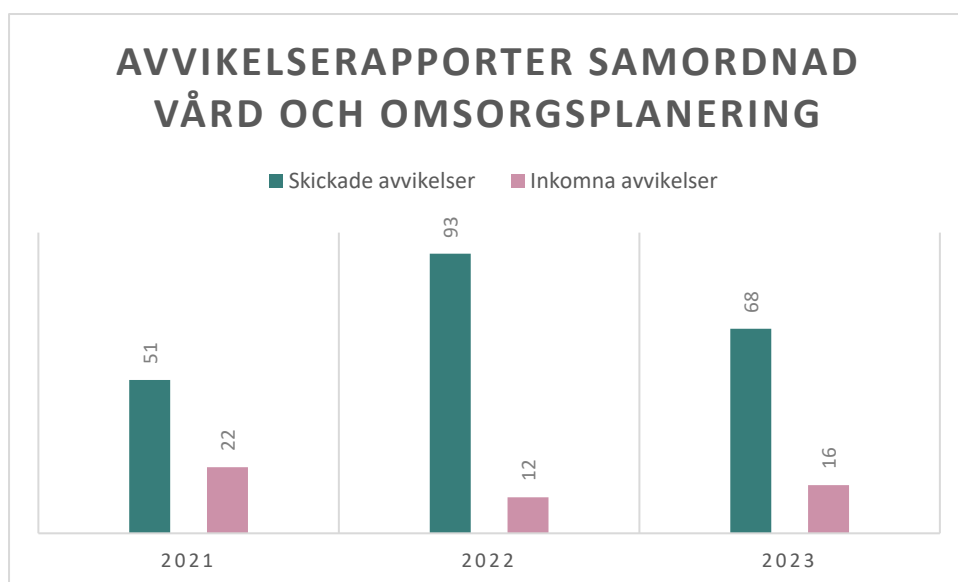
Övriga har inte fått någon känd skada till följd av fallet. 2022 års siffror är inom parentes.

Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering

Kommunerna i Västra Götaland och Regionen arbetar i ett gemensamt avvikelshanteringssystem, Medcontrol. Där registreras alla typer av avvikelser som handlar om samordnad vård och omsorgsplanering. **68** avvikelserapporter har skickats till Regionen från Mariestads kommun under 2023. Dessa handlar främst om brister vid utskrivning från slutenvården, att man inte har följt rutinen för utskrivning och använt sig av IT verktyget SAMSA på rätt sätt. Ofullständiga läkemedelsordinationer och bristande information vid utskrivning är också vanligt förekommande.

Kommunen har under 2023 mottagit **16** avvikelser från Regionen och samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade.

Under 2023 så har **1013** ärenden hanterats i samordningsverktyget SAMSA.

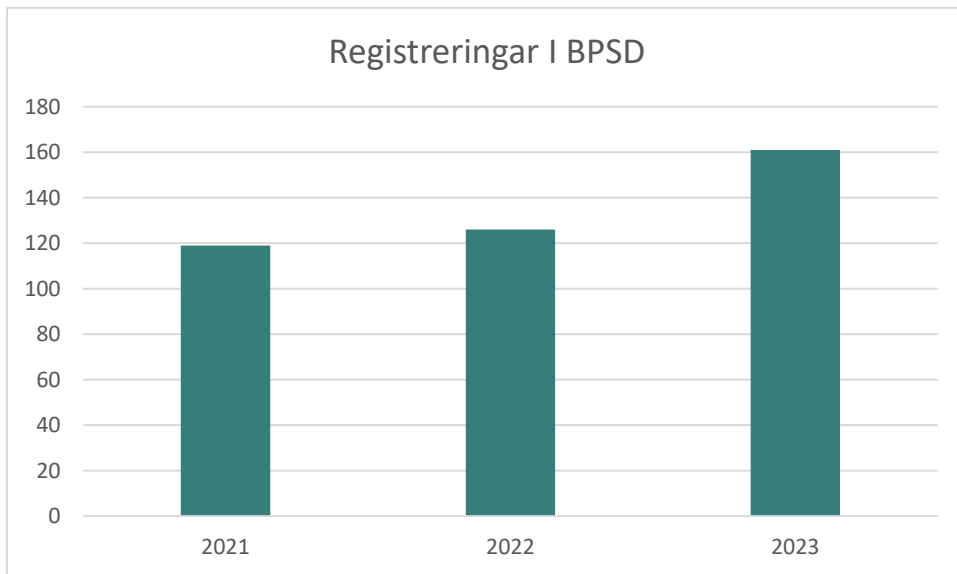


Kvalitetsregister

BPSD registret

BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens. Det systematiska arbetet bidrar till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom, genom att förebygga och minska de beteendemässiga och psykiska symtom som uppkommer. En tydlig struktur i omvårdnaden bygger på observation av en BPSD analys, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Registreringarna för med sig resultat och statistik som kan användas vid förbättringsarbete på respektive enhet.

Under 2023 har det genomförts **161** registreringar i BPSD-registret i Mariestads kommun vilket är en ökning från föregående år. Under 2021 gjordes **119** registreringar och under 2022 **126** registreringar.

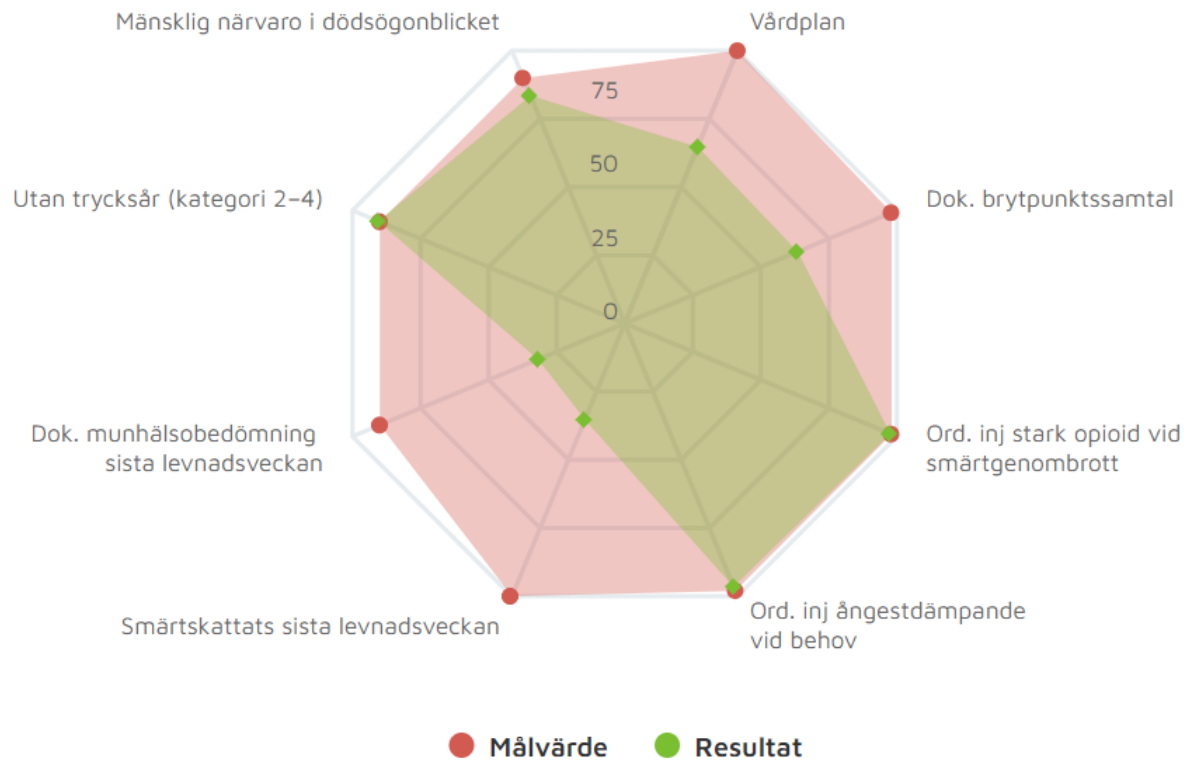


Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett verktyg för att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporten för Mariestads kommun 2023 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Att ordinationer på injektioner som är smärtstillande och ångestdämpande finns tillgängliga. Förbättringsbehov kvarstår dock när det gäller dokumentation av brytpunktsamtal, upprättande av vårdplan, smärtskattning och dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan. Ju mer grönt desto bättre.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



Datt

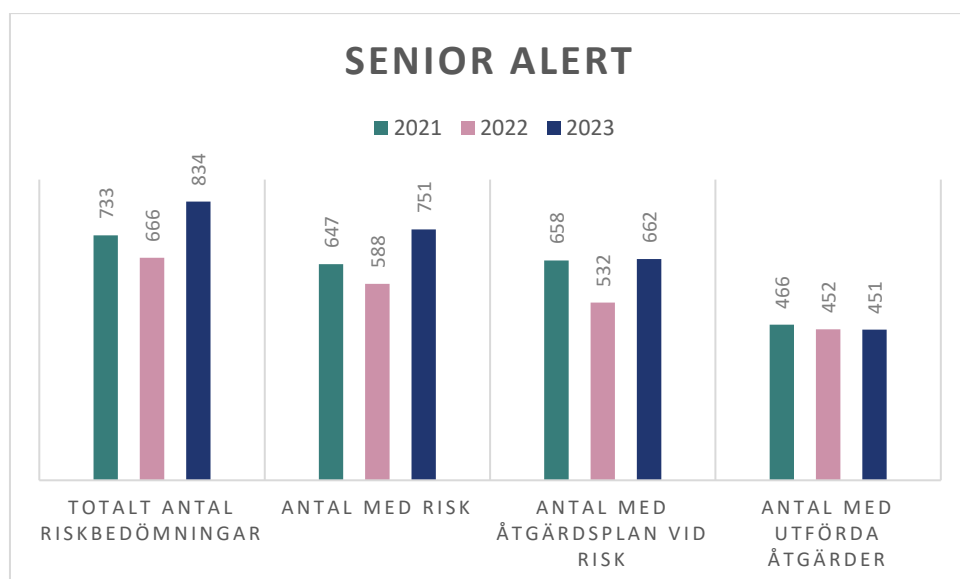
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	64,7
Dok. brytpunktssamtal	98,0	63,5
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	96,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	35,3
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	31,8
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	90,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,5

Senior alert

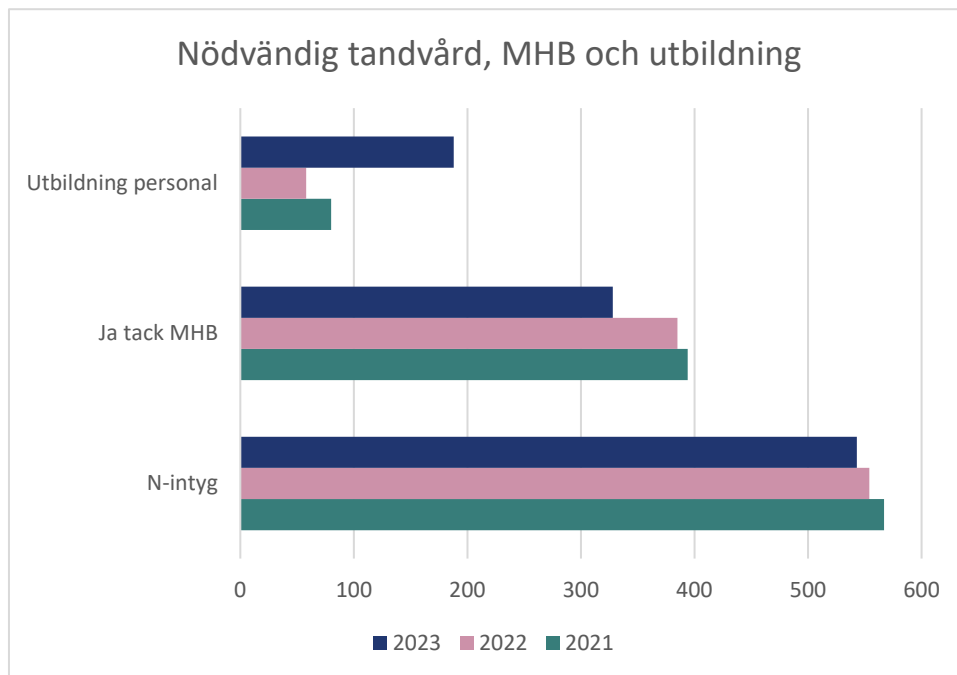
Senior alert är ett kvalitetsregister som används och ger stöd för att strukturerat arbeta förebyggande med riskbedömningar. Berörda yrkeskategorier gör riskbedömningar tillsammans med patienten och planerar insatser som utgår från varje enskild individ med risker. På särskilt boende har detta varit ett etablerat arbetssätt i flera år men även hemvården har börjat arbeta med detta på ett bra sätt under 2023. Antalet registreringar i Senior alert 2023 visar att det totalt har genomförts **834** riskbedömningarna för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Det är en ökning jämfört med 2021 och 2022.



Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar

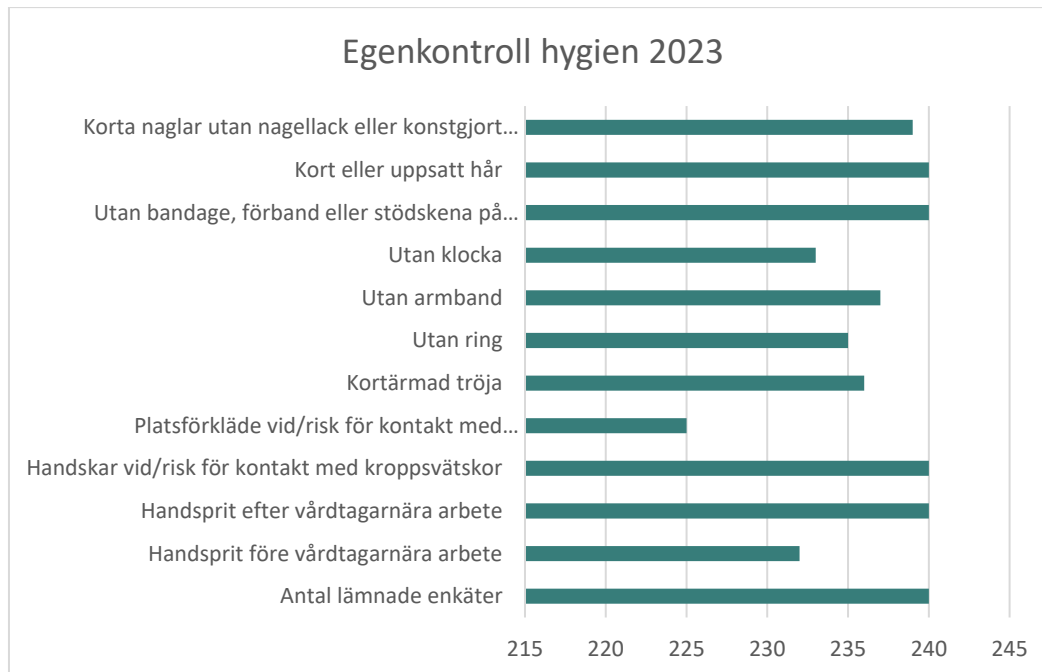
Munhälsan är viktig för sköra personers allmäntillstånd. Personer i vissa utsatta grupper kan få intyg om N-tandvård och därmed rätt till årlig munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen samverkar för att identifiera de som är berättigade och för att dessa personer ska få tandvårdsintyg och bli uppsökta av en tandhygienist. Samverkan gäller även för att den kommunala vård- och omsorgspersonalen ska få utbildning i munvård.

Det är **543 (554)** personer inom Äldre- och omsorgsförvaltningen och Socialförvaltningen som har ett intyg om nödvändig tandvård 2023 och av dessa har **328 (385)** personer tackat ja till en munhälsobedömning. 2022 års siffror är inom parentes. **188 (58)** omsorgspersonal har under 2023 fått utbildning i munhälsovård via Folktandvården.



Basala hygienrutiner

Egenkontrollerna av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 2023 visar att verksamheterna har god kännedom om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och att följsamheten till största delen är god. Följsamheten när det gäller att använda plastförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor behöver dock förbättras. **240** självskattningsformulär delades ut under mätperioden.



Under våren 2023 har verksamheten även deltagit i en punktprevalensmätning kring basala hygienrutiner och klädregler via SKR där 158 av landets 290 kommuner deltog. Denna mätning genomförs genom att hygienombud på varje arbetsplats utför observationer av hur följsamheten av de basala hygienrutinerna och klädreglerna efterföljs.

Andelen personal (**121** observationer) med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler är **53 % (62%)** i Mariestad, jämfört med **59 % (65%)** i hela riket. Medianvärdet i riket ligger på **61 %**. Vilket innebär att resultatet för Mariestad i denna mätning ligger sämre jämfört med riket och har försämrats 2023 mot 2022.

2022 års siffra inom parentes.