



# **Patientsäkerhetsberättelse**

## **för Sociala sektorn**

### **Eksjö kommun 2021**

Kerstin Carlsson MAS 2022-03-07



## 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
INNEHÅLL.....	3
SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	7
Patienten som medskapare.....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	17
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	18
Säker vård här och nu .....	18
Stärka analys, lärande och utveckling .....	19
MÅL,STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.	18

## Sammanfattning

Även under 2021 har pandemin varit ett stort fokus i verksamheten inom Sociala sektorn.

Året började med en smitta inom hemtjänstens brukare och några få fall inom särskilt boende. Under februari och mars var endast ett fåtal patienter konstaterade smittade för att verksamheten sedan var smittfri från april med endast enstaka fall av covid -19.

Personal i patientnära omvårdnadsarbete har arbetat med riskreducerande åtgärder vilket har inneburit användande av visir i patientnära arbete samt munskydd eller visir vid kontakter mellan personal där avstånd inte kunnat hållas.

Screening av patienter vid utskrivning från sjukhus till särskilt boende och korttidsboende har gjorts fortlöpande. Provtagning för covid har gjorts av kommunens hälso- och sjukvård när en patient visat symtom på covid.

Samverkansmöte med regionens enhet smittskydd/vårdhygien för en patientsäker vård har skett kontinuerligt under året. Rapportering av antal bekräftade fall av Covid-19 har rapporterats in till Socialstyrelsen varje vecka.

Uppföljningen av användning av kvalitetsregister, infektionsmätningar, avvikelserapportering, Senior Alert och palliativvårdsregistret, har varit begränsad, då utrymmet för att utföra detta inte har funnits under 2021 på grund av utökade arbetsuppgifter relaterade till pandemin.

Rapportering av avvikelser har skett i verksamhetssystemet procapita och DF respons. Risker för vårdskador och missförhållanden har identifierats och hanterats enligt gällande rutiner. Inkomna avvikelser och dess analys ligger till grund för att vidare arbeta med förbättringar inom verksamheterna.

Synpunkter och klagomål är viktiga för verksamheten för att kunna göra förbättringsarbete.

Cirka 500 patienter har fått hälso- och sjukvårdsinsatser och många av dessa har utförts av omvårdnadspersonal med delegering. Verksamheten erbjuder en trygg och säker vård och omsorg, men det förekommer brister och det finns område att förbättra för att ytterligare stärka kvalitét och patientsäkerhet.

Planerade åtgärder inför 2022 för att stärka patientsäkerheten:

- patientsäkerhetsarbete ska föras in i internkontrollen
- utarbeta och implementera rutin för VIT i hemtjänsten
- uppdatera rutinen för preventionsarbete med registrering i Senior Alert

- öka användandet av validerade instrument ex. smärtskattning vid palliativ vård
- utbildningar inom preventivt arbete, palliativ omvårdnad
- delta i HALT och PPM mätningar
- uppdatera och informera enhetschefer om avvikelseprocessen

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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

### 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 §*

Verksamheten ska bedriva en patientsäker vård- och omsorg med god kvalitet till alla patienter inom sociala sektorn.

Ledningens engagemang och styrning av patientsäkerhetsarbetet är viktigt för att få en tydlighet i hur verksamhetens ska arbeta med patientsäkerhet. För ett långsiktigt och hållbart arbete behövs strategier för att få med patientsäkerhetsarbetet i årshjulet med bland annat egenkontroller, uppföljningar och mätningar.

Med kvalitet menas att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för hälso- och sjukvård samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

En patientsäker vård nås genom samverkan med patient, personal och närstående. En förutsättning är också en god samverkan med Regionens primärvård och slutenvård.

I ledningssystemet för sociala sektorn finns riktlinjer och rutiner som styr ett patientsäkert arbete som gäller för alla anställda.

Kvalitet och utvecklingsenheten har en konsultativ och en central roll i kvalitet och utvecklingsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet leds av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### Organisation och ansvar

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



I organisationen finns olika personalgrupper som har olika ansvar i patientsäkerhetsarbetet.

#### Socialnämnden

Socialnämnden har yttersta ansvaret för att verksamheten har möjlighet att bedrivas på ett patientsäkert sätt.

#### Sociala sektorns ledningsgrupp

Inom ramen för ledningssystemet ansvarar socialchefen för att det tas fram, fastställs och dokumenteras rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Funktionschefer ansvarar för att leda och fördela arbetet i äldreomsorgen, funktionshinderomsorg och hälso-sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, följa upp, dokumentera och redovisa patientsäkerhetsarbetet. Att instruktioner och rutiner finns för att lagar, författningar, riktlinjer och andra regler är kända i verksamheten.

MAS har ansvar för att utreda och göra anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

#### Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att genomföra förbättringsarbeten och att fastställda rutiner och riktlinjer, är väl kända och efterlevs i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

#### Personligt yrkesansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen, omvårdnadspersonal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Rutin finns hur rapportering ska ske vid brister i samverkan internt och externt.

I samverkan med Region Jönköping finns rutiner för avvikelserapportering när det brister i samverkan mellan kommunen och regionen.

Många avvikelser berör samverkan vid vårdens övergångar från slutenvård där patienten behöver fortsatt stöd och hjälp av kommunens verksamhet.

I samverkan med Regionen finns på Höglandet ett händelseråd där kommunernas MAS:ar och chefssjuksköterskan på Höglandssjukhuset identifierar risker och åtgärdar och ser över rutiner för att förhindra och förebygga vårdskador.

### En god säkerhetskultur

Rutin att göra riskanalyser vid förändringar i verksamheten finns. Riskanalyser ska göras både när det gäller organisatoriska och personella förändringar. APT är ett forum för att lyfta och reflektera över risker och åtgärder för ett patientsäkert arbete.

På särskilda boende träffas olika professioner för VTT där patienten är i fokus för bedömning och åtgärder för en patientsäker vård- och omsorg.

Inom hälso-sjukvårdsorganisationen infördes under hösten tid för kollegor att reflektera över åtgärder och bedömningar som gjorts runt patienterna.



### Adekvat kunskap och kompetens

Under första halvåret 2021 var det svårt att få till utbildningar p.g.a pandemin men viss utbildning har hunnits med och getts till medarbetarna inom olika områden.

Inom IFO som omfattar funktionshinderomsorgen har utbildning av hygienombud genomförts, alla chefer har fått utbildning i basala hygienrutiner via enheten för vårdhygien i Regionen.

Utbildning för att säkerställa kunskapen om och vikten av SIP har getts till chefer. Utbildning inom social dokumentation och dokumentationsombud har genomförts.

I äldreomsorgen har utbildning skett inom palliativ vård, demens med BPSD, hygienombud och social dokumentation. Under året har 21 personal påbörjat eller slutfört utbildning till undersköterska genom Äldreomsorgslyftet.

Inom arbetsgruppen för legitimerad personal har kompetensutveckling för ett patientsäkert arbete skett inom palliativ vård, PD-dialys i hemmet, digitala föreläsningar kring äldres hälsa, vårdrelaterade infektioner och vårdhygien, hygienombud, förskrivningsutbildning inkontinens, nutrition och tandvård. Genomgång av rapporteringsmodellen SBAR för en patientsäker rapportering mellan olika personalgrupper, vårdcentralen och slutenvården har genomförts.



### Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående är viktig för att ge en god och patientsäker vård samt att förebygga missförhållanden och vårdskador.

Patienter och i förekommande fall närstående/företrädare ska:

- erbjudas att medverka vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner
- bli informerade att nationella studier och registreringar görs i nationella kvalitetsregister.
- bli informerade vid utredning av missförhållanden och vårdskador.



- bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- få möjlighet att delta i brukarundersökningar.

Vid utskrivning från slutenvården följs gemensamma riktlinjer för regionen och kommunerna om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Patienten är delaktig genom ex. telefonkontakt eller fysiskt besök av biståndshandläggare. Kommunen och regionen använder datastöd Cosmic Link för att kommunicera och planera för behov och insatser för en patientsäker utskrivning och hemgång från slutenvården.

## **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 uppgifter.

### **Egenkontroller och riskanalyser**

Uppföljning och utvärdering har skett inom följande områden.

#### **Vårdprevention**

Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen, ska göras minst var sjätte månads samt vid behov för de patienter de har hälso- och sjukvårdsinsatser. Registrering sker i kvalitetsregister Senior Alert

#### **Vård vid livets slut, Palliativ vård**

Vård vid livets slut följs upp genom fastställda kriterier av socialstyrelse. Registrering sker i Svenska palliativregistret för alla dödsfall såväl väntade som oväntade.

Palliativ vård ges utifrån de riktlinjer som Region Jönköping har gemensamt med kommunen. Den allmänna palliativa vården utförs i hemmet av kommunens hälso-sjukvård i nära samarbete med ansvarig läkare på vårdcentralen.

Specialiserad palliativ vård sker i samarbete med SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet).

SSIH är rådgivande till hemsjukvården och kan överta läkaransvaret för patienten även om patienten bor på SÄBO eller i ordinärt boende.



### **Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens**

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens ska bedömas. följas upp och registreras i BPSD-registret. Målet är att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom och ge en patientsäker vård och omsorg.

### **Mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukningen**

I samarbete med regionens vårdhygien utförs månadsvis registrering av riskfaktorer och infektioner förvärvad på särskilda boende.

### **Kontroll av hygienkrav**

Samtliga arbetsgrupper som utför personlig omvårdnad ska ha ett hygienombud med särskilt ansvar för enhetens hygienfrågor. Mätningar av observationer och enkäter för att följa upp efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler görs. Resultaten diskuteras i samband med arbetsplats träffar på enheten. Ett hygieniskt arbetssätt är en viktig patientsäkerhets- och kvalitetsfråga för verksamheten.

### **Avvikelse**

Avvikelse som sker när det gäller patientens insatser och vård rapporteras, utreds och åtgärdas.

Risk för vårdskada och vårdskada rapporteras enligt lex Maria till IVO. Under 2021 har ett nytt datastöd för rapportering av avvikelser internt införts.

Avvikelse systemet ligger till grund för att kunna göra förbättringar utifrån de händelser som inträffat. Avvikelse som sker utreds av ansvarig enhetschef och ska tas upp på olika nivåer i samverkan, tematräffar och arbetsplatsträffar för information, diskussion och förbättringsåtgärder. Avvikelse i samverkan skrivs när det är något som försvårar för nästa led i vårdkedjan att arbeta på ett patientsäkert sätt. Merparten av avvikelser i samverkan skrivs mellan slutenvården Höglandssjukhuset och Höglandskommunerna.

### **Granskning av journal**

Granskning av journaler i hälso- och sjukvården har skett i samband med avvikelser och synpunkter.

## Samverkan för en patientsäker vård

Samverkan sker i olika processer både internt och med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i avtal och deltagande i olika nätverk, lokalt, regionalt samt nationellt.

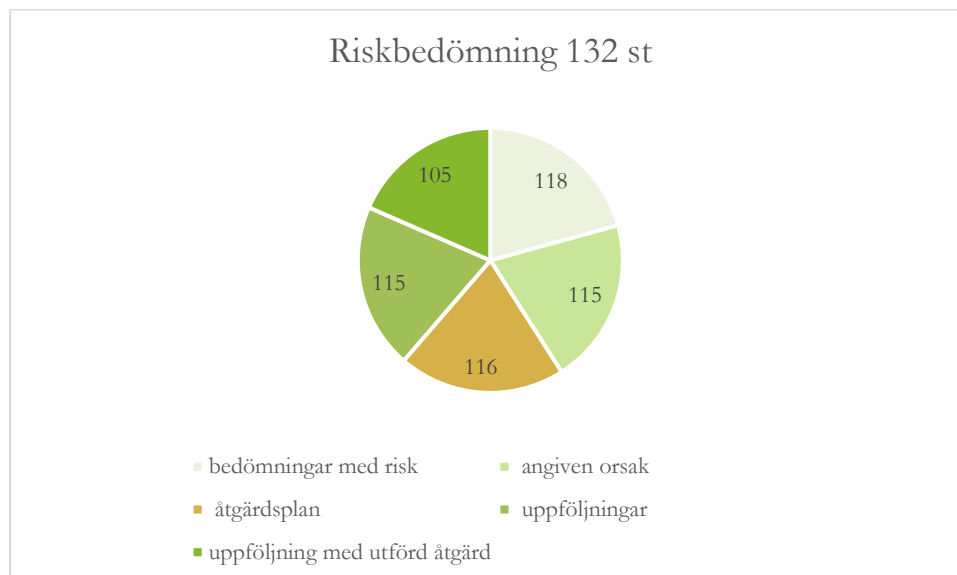
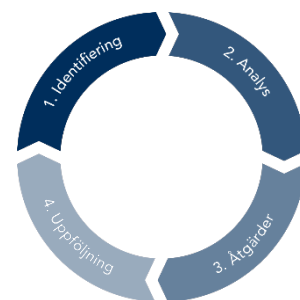
Exempel på vilka samverkansformer som finns för Eksjö kommun

- möten med vårdcentral Bra Liv, avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård
- regelbundna möten, avstämningar med Region Jönköpings Smittskydd och Vårdhygien,
- samverkan med Region Jönköping med bland annat veckovis digitala samverkansmöte, samordnad vårdplanering
- händelseråd med Högländets MAS:ar och chefsjuksköterska Högländssjukhuset.
- Estherforum på Högländet där kommunen, vårdcentralen och slutenvården finns representerade
- avtal Region Jönköping med riktlinjer uppsökande nödvändig tandvård.
- gemensamma upphandlingar av ex. inkontinenshjälpmedel, hjälpmedel samt sjuk- och förbandsmaterial.
- samverkan med lokalt apotek samt dosapotek
- MAS nätverksträffar i länet och på Högländet

## Identifiering

### Vårdprevention

Riskbedömningar görs på särskilda boende inom områdena fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Under 2021 gjordes 132 registrerade riskbedömningar, 94 unika personer bedömdes.

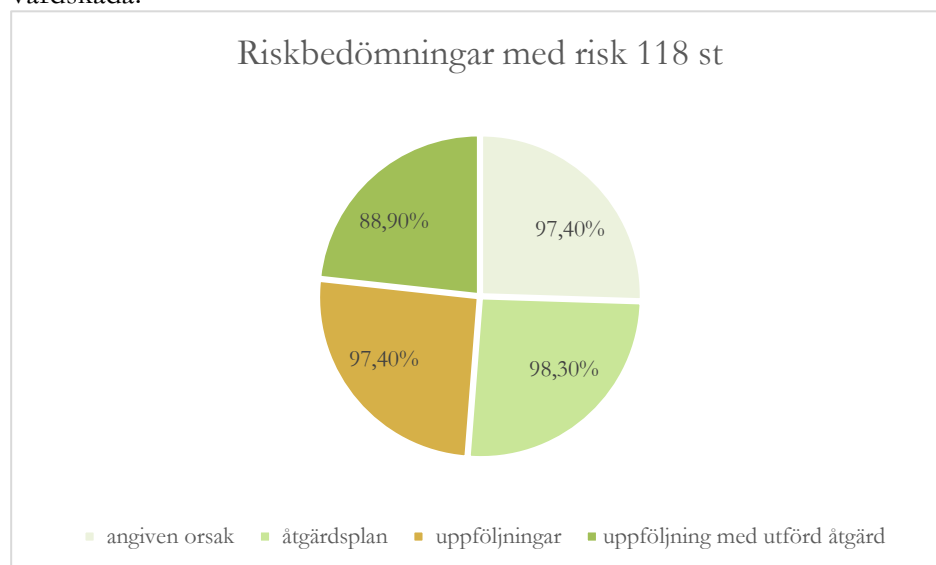


Enligt riktlinje ska riskbedömning göras gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa på alla patienter på ett särskilt boende, det målet är inte nått 2021.

Förändrad arbetsbelastning till följd av pandemin, nya chefer i verksamheten samt att rutin för preventivt arbete saknas i en del arbetsgrupper är orsaker till uteblivna riskbedömningar.

Under 2022 ska rutin för VTT uppdateras och implementeras i verksamheten. Målet är att riskbedömningar ska göras på alla särskilda boende samt i ordinärt boende.

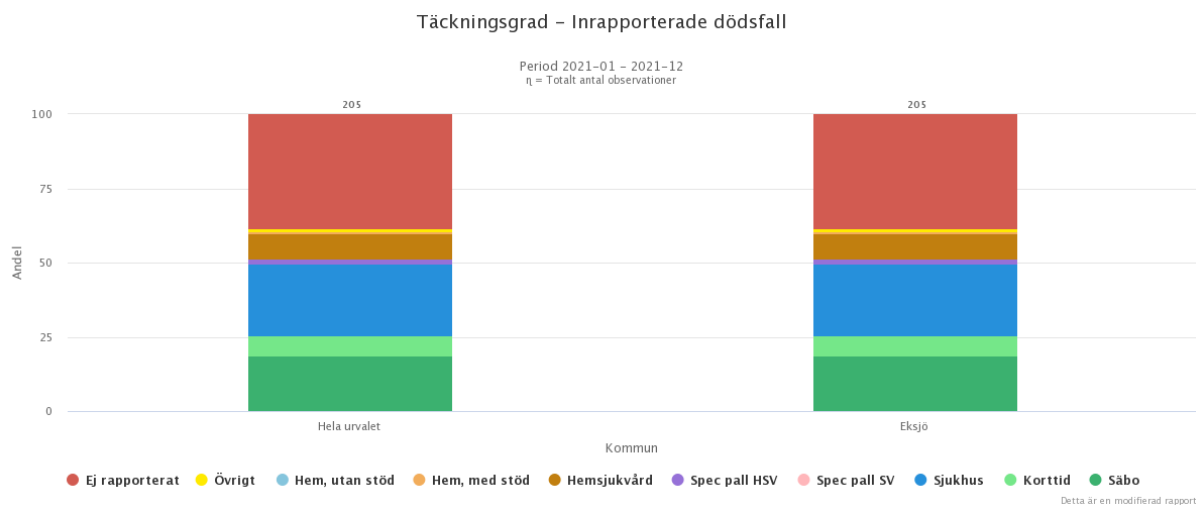
Av de 132 riskbedömningar som genomfördes visade 118 st på risk för vårdskada.



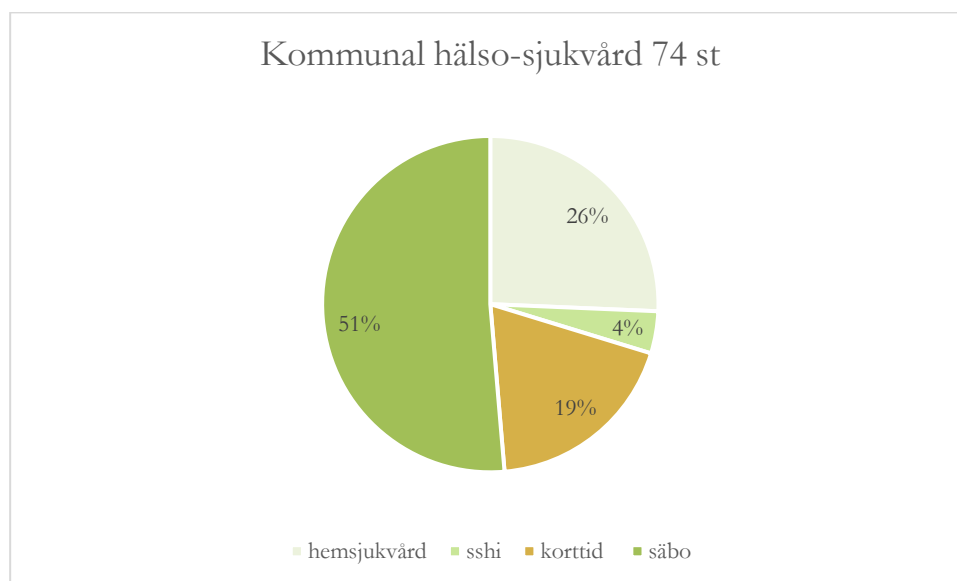
Av de 118 riskbedömningar som visade på risk för vårdskada har orsaken identifierats, åtgärdsplan upprättats och uppföljningar gjorts i 97-98% av bedömningarna. Resultatet är bra och visar att där verksamheten arbetar med riskbedömningar så följs hela processen med orsak, åtgärd och uppföljning.

#### **Vård vid livets slut, Palliativ vård**

Av 205 rapporterade i Eksjö kommun är 74 st, vilket utgör 36 %, rapporterade från kommunal hälso-sjukvård.

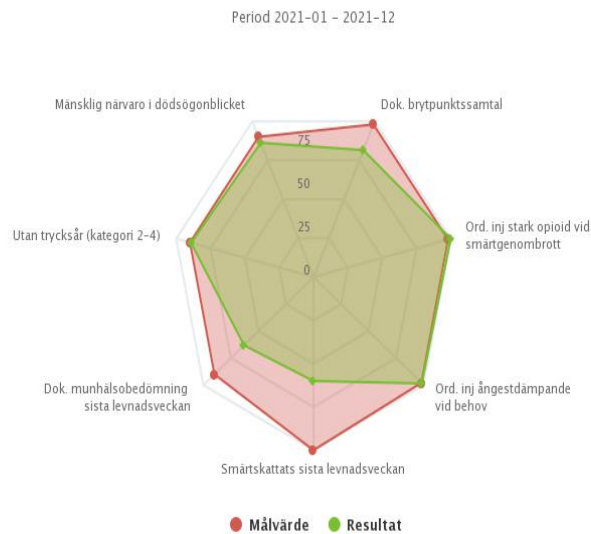


Av de 74 rapporterade dödsfallen från kommunal hälso- och sjukvård så sker 51% på särskilt boende, 26 % inom ordinärt boende, 19 % på korttidsenheten samt 4 % i ordinärt boende med stöd av SSIH.



Av de kvalitetsindikatorer som registreras vid sista veckan före dödsfall når verksamheten upp till satta mål gällande ordinationer för smärtgenombrott och ångestdämpande vid behov samt fri från trycksår.

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport.

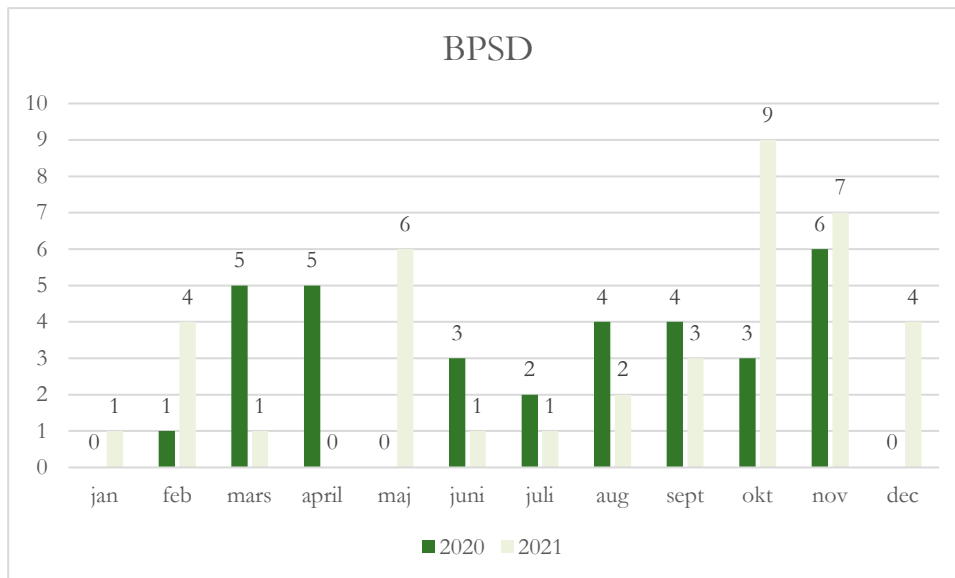
Verksamheten når inte upp till satta mål gällande dokumenterat brytpunktssamtal. Brytpunktssamtal sker av läkare och sker ibland utan närvaro av kommunens hälso- och sjukvård vilket gör att det inte dokumenteras i kommunens journal. Smärtskattning sista levnadsvecka når inte upp till målet och behöver förbättras. Smärtskattning görs till viss del genom observation av sjuksköterska men validerat instrument används inte i den omfattning det kan användas.

Munhälsobedömningar görs i större utsträckning än vad diagrammet visar, det brister i dokumentationen av munhälsobedömning.

Under 2021 har SSHI haft en utbildning om palliativ vård för legitimerad personal, flera tillfällen ska ges under 2022.

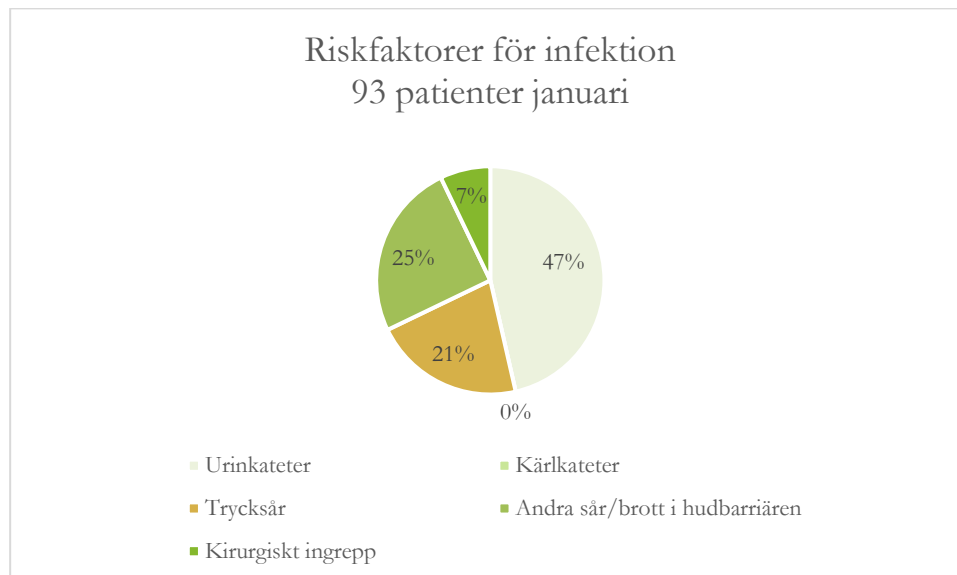
### Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Diagrammet visar antal bedömningar och registreringar inom demensvården.



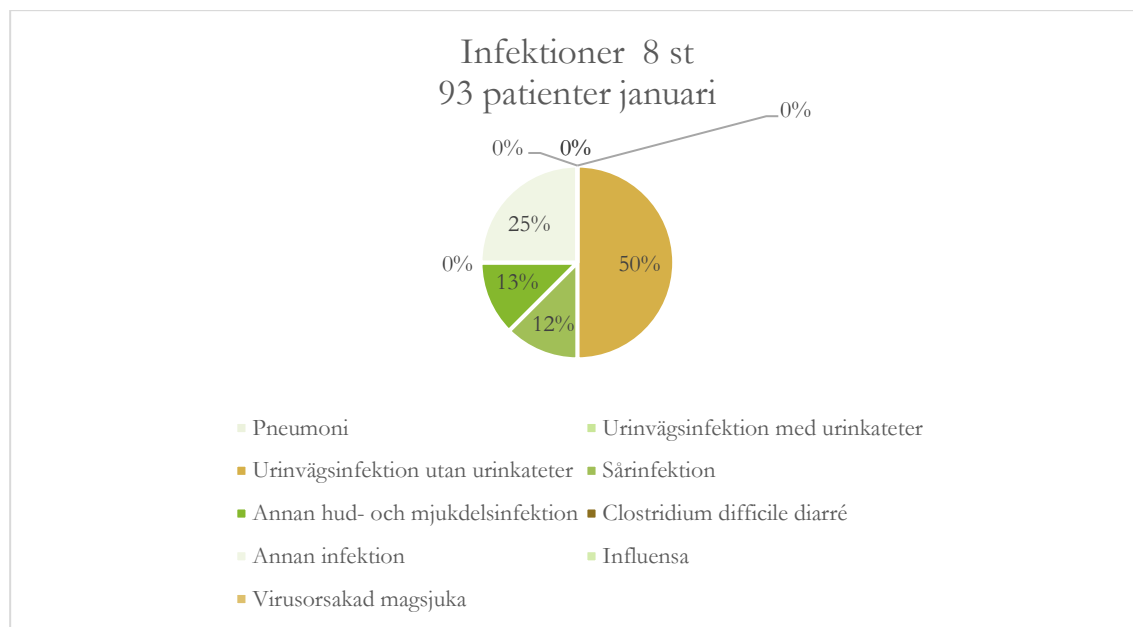
### Mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukningen

Mätningar av vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer ska göras varje månad och sammanställning skickas till enheten för vårdhygien på Region Jönköping.

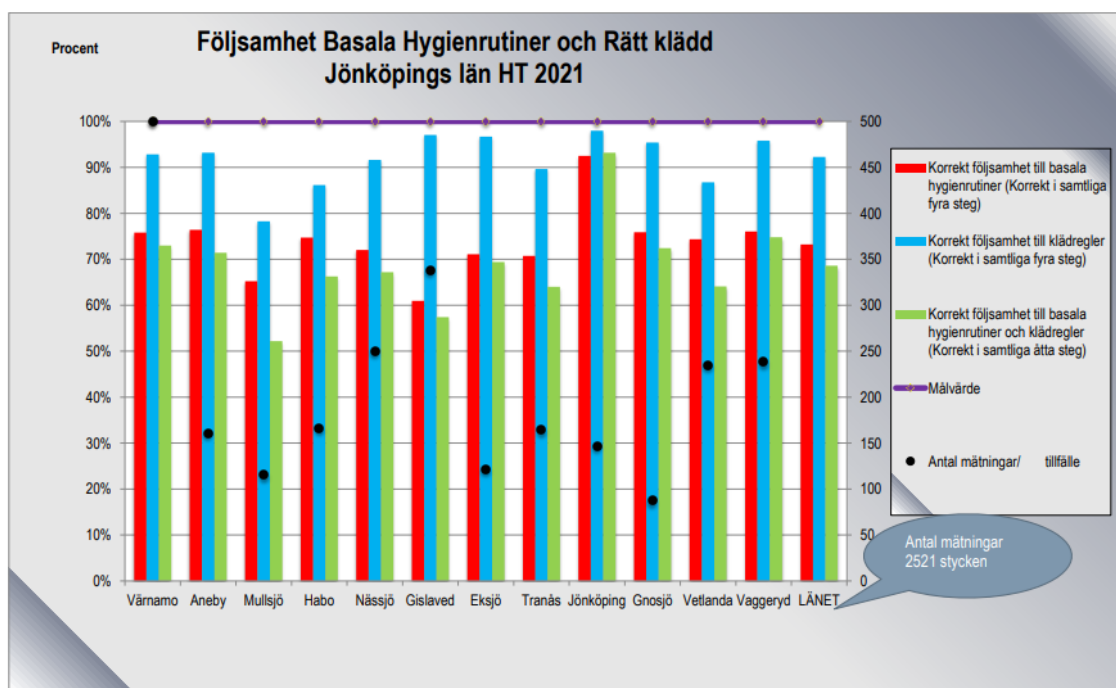


Under 2021 har mätningarna gjorts sporadiskt och inte på alla säbo. Mätningar har uteblivet på grund av hög arbetsbelastning för sjuksköterskor under pandemi. Inom ramen för HALT görs årligen mätningar inom särskilt boende. 2021 har inte Eksjö kommun varit med i mätningarna på grund av pandemin och dess effekt på verksamheten.

Målet för 2022 är att alla särskilda boende ska vara med i mätningar av riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner samt att verksamheten deltar i HALT-mätningen som genomförs vecka 46-47.



### Kontroll av hygienkrav



Trots pandemi med mycket information och samtal om hygienrutiner och användande av skyddsutrustning så brister det i följsamhet till basala hygienrutiner.

Följsamhet till klädregler är god men når inte upp till satt mål på 100%.

Under 2022 skall träffar med hygienombud genomföras, mätning av följsamhet till riktlinjer genomföras vår och höst samt deltagande i punktprevalensmätning av följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (PPM) vecka 11-12.

### Avvikelser

Rutiner och instruktioner finns för att undvika att negativa händelser ska inträffa i framtiden.

Avvikelser	2018	2019	2020	2021
	Antal	Antal	Antal	Antal
Fall	729	784	846	928
HSL	34	40	26	45
Läkemedel	345	486	444	385
Hjälpmedel	10	4	3	4
<b>Summa:</b>	<b>1118</b>	<b>1314</b>	<b>1319</b>	<b>1362</b>

Antalet avvikelser har ökat totalt. Nytt system för rapportering av avvikelser infördes i november 2021, enhetschefen har ett tydligare ansvar för att utreda avvikelser på sin enhet. Detta ger ett snabbare flöde och återkoppling till verksamheten om vilka åtgärder som behöver vidtagas för att förhindra nya avvikelser.

Under 2022 ska repetition av systemet ske för de chefer som har behov samt att rutinen för avvikelshantering ska uppdateras.

### Granskning av journal

Ingen journalgranskning har skett under året.

### Samverkan för en patientsäker vård

Avvikelser från kommunerna i samverkan rör till största delen

- brist i kommunikation vid hemgång, avsaknad av information i Cosmic Link
- brist i dokumentation om läkemedelsjusteringar och uppdaterade läkemedelslistor

Eksjö har skrivit 37 st avvikelser till regionen och 8 avvikelser har skrivits till Eksjö kommun från regionen. 5 av avvikelserna till kommunen rör vårdplaneringsprocessen.

Avvikelser i samverkan hanteras i händelseråd med MAS och chefsjukskötarska på Region Jönköping. Händelserådet analyserar avvikelser, kontaktar berörda enheter och uppdaterar rutiner i samverkan vid behov.

Händelserådet kommer under 2022 bjuda in representant för vårdcentralerna på Högländet för dialog.



## 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.



## Omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera missförhållande samt risker för missförhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att bidra till att patientsäkerheten upprätthålls. All personal ska rapportera händelser som har medfört eller kunde medfört en vårdskada.

Avvikelseerna ställs till närmaste chef som ansvarar för att lyfta avvikelseerna till arbetsgruppen för dialog vad som kan förändras för att förhindra vårdskada.

Målet är en kontinuerligt återkoppling av vad som har inträffat vad som orsakade händelsen och hur det har åtgärdats.

## Klagomål och synpunkter

Synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas både muntligt och skriftligt, till personal eller enhetschef för verksamheten. Alla synpunkter och förbättringsförslag dokumenteras och registreras. Synpunkter och förbättringsförslag kan lämnas in anonymt, de kan då inte återkopplas till personen. Om personen har uppgivet namn och adress kontaktas vederbörande inom 7 dagar och bekräfta att synpunkter kommit till verksamheten.

I Eksjö kommun finns en gul pappersblankett för synpunktshantering och förbättringsförslag. Finns också information på [www.eksjo.se](http://www.eksjo.se) hemsida.

## Patientnämnden

Patientnämnden har bland annat i uppdrag att stötta och hjälpa patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården.

Patientnämnden är fristående och opartisk och består av förtroendevalda politiker och har stöd av tjänstpersoner som är anställda på regionledningskontoret i Region Jönköpings.

Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården och handlägger synpunkter och klagomål inom all offentlig hälso- och sjukvård i regionen. Patientnämnden i Region Jönköping har avtal med länets samtliga 13 kommuner. Avtalet

innebär motsvarande uppgifter för den hälso- och sjukvård som utförs enligt lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Uppdatering och nya rutiner



Under 2022 ska arbete pågå med att uppdatera rutiner runt:

- avvikelseprocessen
- preventionsarbete med registrering i Senior Alert
- rutin för VTT

Patientsäkerhetsarbetet ska införas i internkontroll och egenkontroll till 2023.

## Säker vård här och nu

### Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete



Sociala sektorn arbetar ständigt med förbättringsarbeten som är en del i kvalitetsledningssystemet. Detta ska vara en del i det dagliga arbetet, förebyggande och leda till en förbättring. För att säkerställa att en förändring leder till en förbättring krävs det struktur och ett systematiskt arbetssätt.

- Rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare.
- Synpunkter hanteras enligt gällande rutin.
- Basala hygienrutiner följs upp genom observationer och självskattningsenkäter, hygienombuden ute i verksamheterna.
- Mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler PPM (punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler) erbjuds av SKR varje år, där kommuner och regioner medverkar.
- Läkemedelsgenomgångar i läkemedelsförråden kontrolleras minst 1 gång per år.
- Granskning av hälso- och sjukvården.
- Avvikelsehantering, uppföljning av chefer vid APT
- Utbildning inom palliativ omvårdnad

## Stärka analys, lärande och utveckling

Patientsäkerhetsarbetet bör förändras inom verksamheten för att alla ska få en förståelse för ett patientsäkert arbete för att förhindra vårdskada. För att få till ett analystänk, lärande och utveckling måste patientsäkerhetsarbetet med i internkontrollen som görs i verksamheten. Målet är att till 2023 års internkontroll förs patientsäkerhetsarbetet in som en del att följa, analysera och utveckla verksamheten för att förhindra vårdskador.



## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Målet för 2022 är att alla patienter som har insatser från social sektorn ska få en patientsäker vård. Detta ska ske genom en god samverkan internt och externt.

Planerade åtgärder inför 2022 för att stärka patientsäkerheten:

- patientsäkerhetsarbete ska föras in i internkontrollen
- utarbeta och implementera rutin för VTT i hemtjänsten
- uppdatera rutinen för preventionsarbete med registrering i Senior Alert
- öka användandet av validerade instrument ex. smärtskattning vid palliativ vård
- utbildningar inom preventivt arbete, palliativ omvårdnad
- delta i HALT och PPM mätningar
- uppdatera och informera enhetschefer om avvikelseprocessen

Utmaningar att arbeta och nå målen 2022 är att mycket utvecklingsarbete har uteblivit under pandemin vilket gör att verksamheten ska utvecklas och förbättras inom många område. En utmaning är att få ihop helheten för patienten, ett patientsäkert och förebyggande arbete ger effekter för helhetstänket runt patienten.