



Plats och tid: Sammanträdesrum Skutan Strömsvik , 2020-02-18 , 08:15:00

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Nr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Öppnande av sammanträdet	
2	Godkännande av dagordningen	
3	Information KSSOU	
	a) Tillsyner, inspektioner och yttranden	Marie Schmid 08:15
	b) Aktuellt läge i sektorn	Marie Schmid
	c) Ekonomi	Lotta Burström 08:30
	d) Rapport från kontaktpolitiker	
	e) Verksamhetsbesök	Carin Olofsson 09:00
	f) Internkontrollplan 2019	Marie Schmid
	g) Årsredovisning 2019	Marie Schmid
	h) Övrig information	
4	Patientsäkerhetsberättelse 2019, patientsäkerhetsplan 2020	Lena Borgman Fred Stanislav Peryscch 10:15
5	Svar på frågor	Stefan Bacirtzis Rickard Olofsson 10:30
6	Frågor	
7	Avslutning av sammanträdet	

Nhela Ali (S)
Ordförande

Eva Köpberg
Sekreterare



(1)

Nämnd.2020.7

Öppnande av sammanträdet

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(2)

Nämnd.2020.8

Godkännande av dagordningen

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(3)

Nämnd.2020.2

Information KSSOU

a) Tillsyner, inspektioner och yttranden

b) Aktuellt läge i sektorn

c) Ekonomi

d) Rapport från kontaktpolitiker

e) Verksamhetsbesök

f) Internkontrollplan 2019

g) Årsredovisning 2019

h) Övrig information

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag



(3)

Nämnd.2020.2

Beslutet skickas till

Xxxxxx

Justerare

.....

.....



(4)

KS-SO.2020.4

Patientsäkerhetsberättelse 2019, patientsäkerhetsplan 2020

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx

Justerare

.....

.....



Skrivelse med beslutsförslag

Tjänsteställe/Handläggare

Sektor Stöd och Omsorg
Stanislau Peryshch
Lena Borgman Fred

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd och
omsorgsutskott

Patientsäkerhetsberättelse 2019, patientsäkerhetsplan 2020

Förslag till beslut

1. Kommunstyrelsen antar upprättad patientsäkerhetsberättelse för 2019 och patientsäkerhetsplan för 2020

Ärendebeskrivning

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, och medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har utifrån patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 upprättat patientsäkerhetsberättelse och patientsäkerhetsplan för hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver arbetet under 2019 utifrån kvalitet och patientsäkerhet och patientsäkerhetsplanen för 2020 beskriver mål och strategier för hur arbetet ska genomföras.

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Stanislau Peryshch
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Lena Borgman Fred
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Patientsäkerhetsberättelse 2019 och patientsäkerhetsplan 2020



Sektor Stöd och omsorg

Medicinskt ansvariga

Innehållsförteckning

1 Patientsäkerhet och delaktighet.....	3
2 Ledningssystem (SOSFS 2011:9).....	3
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
4 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	5
5 Struktur för uppföljning och utvärdering	6
6 Riskanalys.....	7
7 Uppföljning genom egenkontroll.....	8
8 Patientsäkerhetsberättelse	9
9 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
10 Övergripande mål och strategier	11
11 Händelser enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen	12
11.1 Vårdgivaren Valdemarsviks kommun	12
11.2 Särskilda boendeformer, dagverksamheter, dagliga verksamheter	13
11.3 Ordinärt boende	13
11.4 Fall	14
11.5 Läkemedelshantering	14
11.6 Synpunkter och klagomål	17
12 Rehabilitering.....	17
13 Övergripande mål och strategier för kommande år	20
13.1 Specifika utvecklingsområden det kommande året.....	22
14 Omvärldsanalys	24
15 Patientsäkerhetsarbete, strategi, åtgärder och Patientsäkerhetsplan.....	25
15.1 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits. Åtgärder och resultat.	28
16 Sammanfattning	31
17 Slutord	32

1 Patientsäkerhet och delaktighet

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar gentemot patienten regleras i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och bär själva ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Vårdgivaren är skyldig att säkerställa att personalen utför sina arbetsuppgifter.

Legitimerad personal och den omsorgspersonal som mottagit delegering för hälso- och sjukvårdsinsatser ska upprätthålla en hög patientsäkerhet och ansvara för att utföra sitt arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, lagar, riktlinjer och rutiner.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada ska rapporteras och personalen ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet (HSLF-FS 2017:40)

I patientsäkerhetslagen beskrivs även vårdgivarens skyldighet att göra patienten delaktig i patientsäkerhetsarbetet för att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och jämförlig verksamhet.

Det är en naturlig del i arbetet med exempelvis vård och omsorgsplaner och i utformandet av hälsoplan och genomförandeplan så att patientens förmåga balanseras med personalens stöd i omvårdnaden för att förhindra vårdskador.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, har på uppdrag av vårdgivaren upprättat direktiv, riktlinjer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

MAS och MAR gör uppföljningar i enlighet med patientsäkerhetslagen och förvaltningens ledningssystem (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

2 Ledningssystem (SOSFS 2011:9)

Varje vårdtagare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Därmed skapas förutsättningar för det faktabaserade, systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingsarbetet.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren

Vårdgivaren i Valdemarsviks kommun är kommunstyrelsen, KS.

KS ansvarar för att leda, planera och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och jämförliga lagar.

Patienten ska erbjudas en trygg och lättillgänglig vård med god kontinuitet och vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Verksamhetschef

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen är sektorchef för stöd och omsorg. Sektorchef ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter och utifrån direktiv, riktlinjer

och rutiner fastställda av medicinskt ansvariga (MAS och MAR).

I ansvaret ingår att bevaka resursanvändningen och att bemanningen är optimal för att uppnå en god och säker vård.

Vidare ansvarar verksamhetschefen för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket innebär att initiera till att risk- och händelseanalyser genomförs i verksamheten och att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk.

Verksamhetschefen ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens för att kunna utföra sina arbetsuppgifter med god patientsäkerhet.

Medicinskt ansvariga

Medicinskt ansvariga, MAS och MAR, bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i boendeformer enligt SoL och LSS, dagliga verksamheter, dagverksamhet och när hemsjukvård ges i ordinärt boende. MAS och MAR ansvarar för att upprätta riktlinjer, direktiv, instruktioner och rutiner för verksamheten.

Medicinskt ansvariga har på delegation från vårdgivaren ansvar för att utreda och göra anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria om en patient i samband med vård och behandling fått en vårdskada eller utsatts för risk för att få en vårdskada.

Genom proaktivt arbete och uppföljningar följer medicinskt ansvariga upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdspersonal, legitimerad personal

I gruppen hälso- och sjukvårdspersonal ingår de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterska, distriktssköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut som har sin anställning i kommunen.

Till dessa finns ytterligare legitimerade yrkesgrupper såsom läkare, hygiensjuksköterska och dietist knutna till kommunen via särskilda avtal.

Alla är skyldiga att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En framgångsfaktor är att ha ett proaktivt arbetssätt.

Legitimerad personal ska kontinuerligt följa negativa händelser som uppkommer i verksamheten via avvikelserapporteringen och utreda dessa.

Legitimerad personal tar fram lokala rutiner utifrån de verksamhetsövergripande och implementerar dessa, samt leder tillsammans med enhetschefen vård och omsorgspersonalen i patientsäkerhetsarbetet.

Alla medarbetare ska rapportera risk för vårdskada och inträffad vårdskada samt delta i risk- och händelseanalyser.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att tillsammans med vård- och omsorgspersonalen följa gällande lagstiftning och kommunens styrdokument upprättade av MAS och MAR. Enhetschefen ansvarar också för att genomföra risk och händelseanalyser inom sitt ansvarsområde samt vidta åtgärder för att förebygga, minska eller förhindra vårdskador. Arbetet ska ske tillsammans med andra yrkesgrupper nära patienten.

Enhetschefen ska genomföra förbättringsarbeten för att utveckla och säkra verksamheten utifrån kvalitetsgranskningar, egenkontroller, internkontroller och ska utifrån enhetens avvikelser tillsammans med övriga ansvariga arbeta för en hög patientsäkerhet.

Utöver det ska enhetschefen via ledningssystemet tillsammans med verksamhetschef och medicinskt ansvariga följa upp verksamheten.

Enhetschefen ska kontinuerligt följa de negativa händelser som uppkommer i verksamheten via avvikelserapporteringen och är ytterst ansvarig för att enhetens avvikelser bearbetas, åtgärdas och avslutas.

Enhetschefen tar fram lokala rutiner för den egna enheten utöver de verksamhetsövergripande som finns.

Enhetschefen ansvarar för att leda personalen i förbättringsarbeten, initierar till utbildningar och gör personalen delaktig i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdpersonal

Vårdpersonal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/ordination/instruktion/delegering från legitimerad personal. Vårdpersonal har skyldighet att följa kommunens styrdokument upprättade av MAS och MAR för hälso- och sjukvården och ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet, arbeta för att förebygga, minska eller förhindra vårdskada samt rapportera risker samt negativa händelser.

Vårdpersonal ska tillsammans med sin chef och legitimerad personal bearbeta och åtgärda rapporterade negativa händelser gällande den egna enheten.

4 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Utredning av avvikelser

Alla medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska rapportera risker för vårdskada samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Medarbetare har även en motsvarande rapporteringsskyldighet när det gäller andra skador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska snarast hanteras och åtgärdas och ligger till grund för verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

Enhetschef har det yttersta ansvaret för att enhetens avvikelser åtgärdas och återförs till enheten. Enhetschef avslutar avvikelserna i verksamhetssystemet.

Enhetschef och enhetens ansvarig legitimerad personal ska ha god kännedom om enhetens avvikelshantering och aktivt arbeta för att risker i verksamheten reduceras eller elimineras. Trender i ökning eller minskning av avvikelser ska analyseras och åtgärdernas effekt analyseras.

På övergripande nivå sammanställs och analyseras avvikelser fyra gånger per år för att följa resultat och identifiera brister i hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det är även ett led i den systematiska egenkontrollen.

I samband med att patientsäkerhetsberättelsen upprättas sammanställs årsresultatet.

Avvikelser mellan huvudmän analyseras för att se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Återkoppling av resultatet sker till sektorchef, stöd och omsorgsutskottet samt till enhetschefer som återför resultatet till verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelsen presenteras slutligen för Kommunstyrelsen.

Klagomål och synpunkter

Utgångspunkten är att i första hand ska missförstånd och problem lösas direkt i verksamheten. Muntliga och skriftliga synpunkter och klagomål tas om hand och en fastställd utredningsmall används för utredningen.

Bestämmelser kring klagomål i hälso- och sjukvården (Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården reglerar vårdgivarens, patientnämndens och Inspektionen för vård och omsorgs ansvar.

Sammanställningar av klagomål ska göras årligen per enhet och återkoppling av resultatet ska ske till ledning och verksamhet.

Kvalitetsgranskningar

Kvalitetsgranskningar utförs kontinuerligt. Egenkontroller och internkontroller genomförs utifrån

specifika eller återkommande behov.

Val av granskningsform är relaterat till risk för vårdskada, patientsäkerhetsrisker eller utifrån identifierat behov.

Under 2019 har fortsatta arbeten skett utifrån resultatet av kvalitetsgranskningen av hälso- och sjukvården föregående år.

Enhetschef och legitimerad personal presenterade handlingsplaner utifrån kvalitetsgranskningens resultat och utifrån åtgärdernas utformning är arbeten pågående eller avslutade.

5 Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Patientsäkerhetsmöten

Medicinskt ansvariga följer fortlöpande upp kvalitet och patientsäkerhet tillsammans med enhetschefer i kontinuerliga patientsäkerhetsmöten.

Syftet är att stödja utvecklingen i gemensamma uppföljningar samt belysa kvalitets- och säkerhetsfrågor.

Nationella kvalitetsregister

Senior alert

Verksamheten ska erbjuda deltagande i Senior alert utifrån målgrupp. Patienten bedöms utifrån risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen.

Vårdplaner upprättas för att åtgärda, eliminera, reducera eller förebygga vårdskada och för att skapa ett lärande i det fortlöpande förbättringsarbetet med syfte att minska risk för vårdskada. Analys av arbetet genomförs av verksamheten och resultat tas upp på enhetens teamträffar

Enhetschef rapporterar antal gjorda riskbedömningar i Stratsys. Arbetet sker i samverkan med legitimerad personal.

BPSD

BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom utifrån de nationella riktlinjerna för demens.

Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete för att kvalitetssäkra demensvården i användandet av BPSD. Riktlinjer för det strukturella arbetet är framtagna och politiskt förankrade.

Personer med demenssymtom inom särskilda boendeformer eller i ordinärt boende med hemsjukvårdsinsatser tillhör målgruppen.

Strukturen för arbetssättet: oftast är demensteamet delaktiga i bedömning och registrering. Demensenheter kan utföra BPSD om det finns utbildad administratör.

Genom att använda ett systematiskt arbetssätt bidrar verksamheten till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet. Det är en god indikator för att identifiera och ta fram handlingsplaner för att minska de beteendemässiga och psykiska symtom som uppkommer.

Palliativa registret

I palliativa registrets utdataportal finns rapporter om vård i livets slutskede. Palliativa registret grundades utifrån en överenskommelse mellan regeringen och dåvarande Sveriges kommuner och landsting (SKL) för att utveckla vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Resultaten för vård i livets slutskede presenteras och visas utförligare under punkt 15.1.

Nationell kvalitetsportal

Den nationella kvalitetsportalen som varit kopplad till palliativa registrets hemsida är tyvärr inte i bruk längre. Resultaten har varit värdefulla för att se både den egna kommunens och övriga Sveriges arbete för att kunna följa ex vilka diagnosgrupper som söker slutenvård och vanligast förekommande diagnoser.

I Nationella kvalitetsportalen har vårdgivarna även kunnat se antal utskrivningsklara patienter. Resultatet har med stor framgång kunnat användas i patientsäkerhetsarbetet.

Dock har Socialstyrelsen fått i uppdrag att under 2019 och 2020 undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre.

I regeringsuppdraget ingår att se över vilka diagnosgrupper som återkommer vid återinläggningar och om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och landsting för att förebygga återinläggningar.

Uppföljning av vård och omsorg efter att den äldre kommit åter till hemmet ska även undersökas. Uppdraget ska vara klart i september 2020.

(Socialdepartementet 2019-06-14)

Det är en viktig analys för att kunna förbättra vården för medborgaren och en indikator för arbetet med Nära vård som har stort fokus på multisjuka och sköra äldre. I Socialstyrelsens lägesrapport 2019 Vård och omsorg om äldre ses att drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar.

Nationell punktprevalensmätning – PPM

Årlig punktprevalensmätning sker av följsamhet till basala hygien- och klädregler.

Observationsmätningar genomförs på alla enheter och resultaten rapporteras till SKR's registreringsportal.

Enhetschef ansvarar för att säkerställa enhetens kläd- och hygienkrav och med stöd av sjuksköterska initiera till förbättringsåtgärder utifrån observationsmätningarnas resultat .

Valdemarsviks kommun har under 2019 ökat följsamheten till basala hygien- och klädregler, se sammanställning. Det är ett verksamhetsnära och ständigt pågående arbete att bevaka med tanke på patientsäkerheten. Enhetschef och ansvariga sjuksköterskor samverkar i arbetet.

Enhetsspecifika åtgärder finns för att öka följsamheten till kraven och att ändra arbetssätt när brister identifierats.

Resultat

Följsamhet till basala hygien- och klädregler 2017-2019:

Korrekt i alla steg		Korrekt i samtliga hygienrutiner	
2017: 46.8%	Riket: 48.3%	2017: 54.4%	Riket: 56.3%
2018: 59.7%	Riket: 48.6%	2018: 59.65%	Riket: 54.5%
2019: 62.4%	Riket: 50.5%	2019: 68.8%	Riket: 56.3%

2018 års fokusområde var att öka användandet av plastförkläden i vårdnära arbeten. Mätningarna visade att följsamheten ökat från 59.46% under 2018 till årets resultat som visade 90% följsamhet (riket 81.7%).

Fokus var även under 2018 att öka följsamheten till att korrekt desinfektera händerna före patientnära arbete. 2018 års resultat visade endast 59.65% följsamhet, men för 2019 ses att 76.2% följer ett korrekt handhavande (riket 66.2%).

6 Riskanalys

SOSFS 2011:9, 5 kap.1 §

Ledningen ansvarar för att initiera till att övergripande risk- och händelseanalyser genomförs i verksamheten och utifrån resultat vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador.

Risk- och händelseanalyser ska göras på enheterna under ledning av chef och legitimerad personal när behov identifieras.

Händelsekedjor görs för att se orsaker och åtgärder sätts in för att minska, reducera eller eliminera risker. Oftast är det nya lagkrav eller organisationsförändringar som initierar till riskanalyser.

Övergripande riskanalyser som gjorts inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har berört säkerhetsarbete och verksamhetsnära analyser.

7 Uppföljning genom egenkontroll

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

Genom en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet säkras processer och rutiner utifrån styrande mål och krav.

Egenkontroller och riskanalyser ska göras med en frekvens och omfattning som krävs för att säkra att verksamheten bedriver en Hälso- och sjukvård som uppfyller kraven på god vård.

Arbetet utförs genom internkontroll, verksamhetens egenkontroll samt övergripande uppföljning och kontroll.

Egenkontroll

Under 2019 har arbeten fortsatt för att följa upp de förbättringsåtgärder som identifierats vid kvalitetsgranskningen av hälso- och sjukvården 2018. Arbeten som är pågående är ex. att säkerställa strukturer för arbetssätt, kommunikationsflöden mellan professioner och optimal samverkan. Teamsamverkansmöten för 2020 är inplanerade för hela verksamheten. När verksamheten skapar en tydlig struktur för enheternas teamträffar och ledningsmöten bidrar det till trygg och säker vård och goda samverkanspunkter mellan professioner.

Dock är det av stor vikt att kontinuerligt arbeta för att bibehålla strukturerna eftersom verksamhetens legitimerad personal ansvarar för fler enheter och behöver samordna sin samverkan.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen som genomfördes under 2018 analyserade de enheter som arbetar under medicinskt ansvarigas tillsynsansvar. Kvalitetsgranskningen var mer omfattande än en egenkontroll och inkluderade alla områden som ingår i tillsynsansvaret.

Upparbetade och kvalitetssäkrade direktiv och riktlinjer samt instrument och verktyg finns för att säkra vården och skapa tydlighet och trygghet, men kontinuerliga arbeten ska göras för att hålla dessa levande och kända.

Kvalitetsgranskningens resultat visar att patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården är god, men att förbättringsåtgärder ska göras för att stärka hälso- och sjukvårdsområdet. Varje enhet har handlingsplaner.

Kvalitetssäkra området inkontinens

Ett övergripande prioriterat område som identifierades vid kvalitetsgranskningen var att tydliggöra arbetsprocess och ansvar inom området inkontinens.

Projektplan togs fram och pilotprojektet startade 2018 och har pågått under 2019.

MAS, enhetschef och legitimerad personal har i en processgrupp beslutat om bästa vägen för att kvalitetssäkra området.

Projektplanen beskriver arbetet med att kvalitetssäkra hela inkontinensprocessen från identifiering av patientens behov till utredning av inkontinensorsak samt att behovet av hjälpmedel är genomlyst.

Projektet har resulterat i att arbetssätt har förtydligats, att utredningen har fastställt inkontinensorsak samt att vårdplaner och genomförandeplaner finns dokumenterade utifrån identifierade behov. Utbildningsinsatser är genomförda i verksamheten.

Patienten ska vara delaktig och förskrivas väl anpassade inkontinensprodukter.

Kostnadseffektivitet ska bevakas.

Området inkontinens ska vara integrerat i verksamhetens kontinuerliga kvalitetsarbete mellan enhetens professioner.

Effekten är att patienter erbjuds inkontinensutredning, har aktuell vårdplan och genomförandeplan utifrån det individuella behovet, samt erbjuds fortsatt utredning och åtgärd av specialistkompetens vid behov.

Läkarmedverkan ska integreras utifrån varje patients specifika behov.

Projektet breddinfördes i november 2019.

Kvalitetsgranskning och egenkontroller

Att kvalitetsgranska verksamheter är ett bra verktyg för enhetschef och legitimerad personal att få kunskap om den egna enhetens resultat och utifrån detta planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls eller ökar.

Det stimulerar även verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling.

Egenkontroller görs även genom uppföljningar i

- Palliativa registret
- Antal personer som har hemsjukvård i ordinärt boende
- Kvalitetsregister
- Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Sammanställningar av avvikelser
- Kontinuerliga samverkansträffar med enhetschefer och legitimerad personal
- Patientsäkerhetsmöten med MAS, MAR och enhetschefer

8 Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, samt i Patientsäkerhetslagen, SOSFS 2010:659, finns uppgifter om vad patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla

9 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9,4 kap.6 §,7 kap. 2 § p 3

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur den kommunala vård och omsorgen samverkar inom den egna verksamheten och med andra vårdgivare.

Ansvarsområden ska vara tydligt beskrivna. De professioner som behövs för att få en komplett bild av patientens behov ska delta vid planering av vård och behandling. Vårdplan och genomförandeplan ska vara ledstjärnor i det dagliga arbetet och rutiner beskriva kommunens interna samverkan.

Samverkan med hjälp av digitala verktyg

Samverkan inom den egna verksamheten och med andra vårdgivare är avgörande för att öka patientsäkerheten. Ett flertal rutiner är framtagna gemensamt av kommunerna i Östergötland och Region Östergötland.

Det gemensamma IT stödet Cosmic Link används för informationsöverföring mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland. Cosmic Link togs i bruk under 2019 och används vid kallelse till samordnad individuell vårdplanering (SIP) i både sluten och öppen hälso- och sjukvård och för meddelande utanför vårdtillfälle. I varje kommun har utsedda nyckelpersoner gjort omfattande arbeten för att säkerställa IT-stödets användarvänlighet och korrekthet.

Kommunens legitimerade personal kan ta del av sammanhållen journalföring via Panorama och Nationell patient översikt (NPÖ2.0). Valdemarsviks kommun producerar även dokumentation till NPÖ2.0.

Samverkan på ledningsnivå

Många patienter får hälso- och sjukvård av både Region Östergötland och kommunerna i Östergötland. En länsövergripande strategisk ledningsgrupp (LGVO) med länets socialchefer och regionens ledning arbetar gemensamt med frågorna.

I de tre länsdelarna finns också samverkansforum på strategisk och operativ nivå för vård och omsorg.

På länsnivå finns Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG). I MALG ingår samtliga medicinskt ansvariga från länets tretton kommuner.

Gruppen samverkar kring utveckling och tydliggörande av kommunala hälso- och sjukvårdsfrågor.

Syftet är att erbjuda vård på lika villkor i länet. Vidare samverkar MALG med LGVO i gemensamma strategiska frågor om vård och behandling. Vissa frågor processas i arbetsgrupper eller i dialog med socialchefsnätverket.

Exempel på samverkan med Region Östergötland och länets kommuner:

- Operativ samverkan öster, OSÖ
- Strategisk samverkan öster, SSÖ
- Läkemedelsråd i öster
- Östra länsdelen – Avvikelser mellan vårdgivare, LSÖ
- Länsgrupp – Hjälpmedelsråd med arbetsgrupper
- Länsbrukarråd – hjälpmedel
- Nätverksträffar för MAR
- Kundmöten med hjälpmedelsleverantörer
- Styrgrupp – Regionen, länets kommuner och hjälpmedelsleverantör
- Länsgrupp – Inkontinensfrågor
- Nätverk rehabilitering – Samverkan rehabilitering
- Länsamverkan med Tandvårdsenheten
- PAH (primärvårdsansluten hemsjukvård)
- Palliativt kompetenscentrum - utbildning

Valdemarsviks kommun och Primärvården i Valdemarsvik har gemensamt upprättat lokala riktlinjer och flödesschema för att ytterligare kvalitetssäkra vården.

Samverkan på ledningsnivå inom LGVO kommer att förändras under 2020.

Nya strukturer är beslutade och det pågår omfattande arbeten för att bygga upp samverkansstrukturen inom de övergripande områden "Att växa upp", "Mitt i livet" och "Att åldras".

Samverkan med patienter och närstående SFS 2010:659 3 kap. 4 § samt HSLF-FS 2017:40

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet. Patienten, och i förekommande fall närstående, ska ses som en resurs i planering och genomförande av vården. Tydlig information ska ges om vård och behandling för att minska eller eliminera risk för vårdskada.

Patienten kan även bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer i sin egenvård. Professionerna har möjlighet att bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Samverkan och kommunikation

Brister i kommunikation är ofta en orsaksfaktor vid risker för vårdskada. Ett fortsatt arbete pågår för att säkerställa strukturerad kommunikation inom den egna organisationen samt i extern kommunikation när patienter vårdas av flera vårdaktörer.

För att säkerställa strukturerad kommunikation har alla enheter kontinuerliga teamsamverkansträffar och enhetschef träffar legitimerad personal i EL-möten (Enhets ledningsmöten).

I den interna samverkan samt externt mellan huvudmän är det viktigt att alla medarbetare kommunicerar på ett sätt så att oklarheter eller missförstånd elimineras. För att tydliggöra

kommunikationen kommer åter enhetschefer att ge utbildningsinsatser i kommunikationsmodellen SBAR (Situation, Bakgrund, Analys, Rekommendation) till medarbetare under 2020.

10 Övergripande mål och strategier

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

Mål för hälso- och sjukvården i Valdemarsviks kommun beskrivs i kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Många arbeten inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger till grund utifrån statliga utredningar och beslut. Under 2019 har både handlingsplaner och utredningar tagits fram för att stärka den svenska hälso- och sjukvården.

En handlingsplan för att stärka vården

För att stärka patientsäkerheten och samordna arbetet inom hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gått ut på remiss under 2019.

Centralt i handlingsplanen finns fem prioriterade områden

- öka kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner
- öka medvetenheten om hur säker vården är idag
- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap.

Den nationella handlingsplanen föreslås gälla för åren 2020-2024.

(*Socialstyrelsen 2019-06-28*)

Framtidens vård

Det tredje delbetänkandet, SOU 2019:29 God och nära vård, inom utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård beskriver behovet av att öka möjligheten för alla som vill och kan vara mer aktiva i sin hälso- och sjukvård, till exempel via digitala lösningar.

Framtiden hälso- och sjukvård måste bli bättre på att arbeta med förebyggande insatser och med stöd till hälsa, inte bara med akuta insatser när man redan blivit sjuk.

I utredningen ses att primärvården har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov och regeringens målsättning är att öka patienternas möjligheter att i första hand kunna vända sig dit för att få en bedömning. Vikten av en hälso- och sjukvård med forskning, utveckling och utbildning beskrivs.

Utredningen kommer att presentera analyser av samverkan mellan regioner och kommuner i slutbetänkandet mars 2020.

Följsamhet till statliga utredningar och beslut

Valdemarsviks kommun har med utgångspunkt från regeringens och andra myndigheters beslut, ansvaret att arbeta för följsamhet till statliga inriktningsbeslut och initiera till nya metoder och arbetssätt för en god och säker vård.

Valdemarsviks kommun har under 2019 tillsammans med primärvården i Valdemarsvik fortsatt att samverka för en nära vård.

Det mobila arbetet ska fortsatt integreras. Dock har det funnits utmaningar i åtkomst till mobila nät trots att de tekniska lösningarna är väl anpassade för att möjliggöra ett mobilt arbetssätt. Men utifrån mobiloperatörens fortsatta arbeten visar täckningskartor förbättrad åtkomst.

Arbeten är gjorda under 2019 i den fördjupade förstudien Vårdcentrum Valdemarsvik för att se möjligheterna för Valdemarsviks kommun och primärvården i Valdemarsvik att gemensamt i en byggnation av gemensamma lokaler utveckla en sömlös organisation.

Samverkan ligger väl i tiden utifrån de statliga utredningar som pågår och inriktningen som

utredningarna beskriver om en förskjutning från en sjukhustyngd vård till att långsamt stärka primärvård och vikten av samarbete mellan region och kommun för en säker vårdkedja och för patienten möjlighet till Nära Vård.

En nära vård är alltid personcentrerad och kräver samverkan mellan olika aktörer och modellen med Hemsjukhuset är en inspirationskälla att arbeta vidare med.

11 Händelser enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen

Valdemarsviks kommun har under 2019 inte gjort någon anmälan enligt lex Maria. Under året har verksamhetsövergripande uppföljningar har gjorts utifrån egenkontroller och kvalitetsgranskning.

Ett proaktivt arbete i verksamheten under året har generellt förebyggt ytterligare patientsäkerhetsrisker i verksamheten.

11.1 Vårdgivaren Valdemarsviks kommun

Registrerade avvikelser inom vårdgivaren Valdemarsviks kommuns boendeformer enligt SoL och LSS, dagliga verksamheter och dagverksamheter samt i ordinärt boende. Den största andelen avvikelser berör läkemedel och fall. Avvikelser hanteras i kommunens verksamhetssystem och ärendegången beskrivs i dokumentet "Direktiv för avvikelshantering".

Alla personer som registreras i avvikelsemodulen är inte alltid inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa personer har då endast insatser enligt SoL eller LSS.

Totala antalet personbundna avvikelser för 2019 är 1270 avvikelser.

Utförlig redovisning för enheternas avvikelsestatistik sker på respektive enhets årsrapport.

Under verksamhetsåret analyseras och bearbetas avvikelser på aktuell enhet av enhetschef samt legitimerad personal. Vid allvarig händelse kontaktas medicinskt ansvarig för vidare utredning. Avvikelser kan utöver fall och läkemedel beröra t.ex. brister i larmfunktioner, omvårdnad och tillsyn, dokumentation och hjälpmedel.

Utifrån medicinskt ansvarigas ansvar görs en djupare analys i patientsäkerhetsberättelsen av avvikelser som berör fall och läkemedel, se 11.2-11.3, då det är de största avvikelseposterna där allvarliga risker kan identifieras.

Nedan redovisas årsresultatet för antal avvikelser gällande fall och läkemedel. Resultatet grupperas i antal avvikelser i särskilda boendeformer (enligt SoL och LSS), dag- och daglig

verksamhet och därefter avvikelser i ordinärt boende.

11.2 Särskilda boendeformer, dagverksamheter, dagliga verksamheter

Totalt	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	571	+50 avvikelser	Ökat 9.6%
2018	581	+10 avvikelser	Ökat 1.7%
2019	492	- 89 avvikelser	Minskat 15.3 %

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	293	-19 avvikelser	Minskat 6.4%
2018	267	-26 avvikelser	Minskat 8.8%
2019	258	- 9 avvikelser	Minskat 3.4%

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	278	+69 avvikelser	Ökat 33%
2018	314	+36 avvikelser	Ökat 12.9%
2019	234	- 80 avvikelser	Minskat 25.5%

11.3 Ordinärt boende

Totalt	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	428	+147 avvikelser	Ökat 52.3%
2018	447	+19 avvikelser	Ökat 4.4%
2019	549	+ 102 avvikelser	Ökat 22.8%

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	259	+53 avvikelser	Ökat 25.7%
2018	295	+36 avvikelser	Ökat 13.9%
2019	394	+ 99 avvikelser	Ökat 33.6%

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2017	169	+94 avvikelser	Ökat 125.3%
2018	152	-17 avvikelser	Minskat 10.1%
2019	155	+ 3 avvikelser	Ökat 1.9%

11.4 Fall

Resultaten för Valdemarsviks kommun följer samma nationella utveckling som visar att antalet fall ökar i ordinärt boende. I och med att patienter bor kvar och vårdas i hemmet i större utsträckning är detta ett resultat som tros fortsätta de kommande åren.

Minskningen av fall inom särskilda boenden kan förklaras med att de boende flyttar in i ett senare skede och har oftast nedsatt aktivitets- och förflyttningsförmåga vilket minskar antalet fall. En ytterligare aspekt är att särskilda boenden är bättre anpassade i sin fysiska miljö vilket minskar fallrisken.

Gemensamt för ordinärt och särskilt boende är att patienter med återkommande fall i större utsträckning har en kognitiv svikt. En försämrad insikt kring sin egen förmåga gör att fallrisken är högre och i vissa fall svårare att åtgärda. Insatser för att minska fall i ordinärt boende har genomförts i kommunen under året och målet är att alla personer med risk för fall ska få kontinuerliga bedömningar och teambaserade fallpreventiva åtgärder. Inom särskilda boenden görs detta med hjälp av Senior alert och planer skapas för patienter via riskbedömningar.

När en patient faller rapporteras detta i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Avvikelsen skickas till enhetschef och till ansvarig leg. personal. Detta ger en indikator om att eventuella insatser behöver upprättas.

Tillsammans med teamet ansvarar legitimerad personal för att se till att adekvata åtgärder är insatta för att minska risken för fall. Genom de multiprofessionella insatser som erbjuds ses att hela vård- och omsorgskedjans insatser är lika viktiga för att minska risken för fall.

Information om fallförebyggande åtgärder ges till patienten för att eliminera eller reducera risker.

Patienter med insatser i ordinärt boende registreras automatiskt inte i Senior alert. Insatserna ska vara kontinuerliga för att det ska vara möjligt att göra planer och uppföljningar. För personer som tackar nej till att uppgifterna registreras i Senior alert är teamets samarbete kring preventiva åtgärder av stor vikt och dokumentationen sker endast i kommunens verksamhetssystem. I samband med vistelse på korttidsvård erbjuds riskbedömning enligt Senior alert.

Genom att lyfta fallavvikelser på teamträffar kan det multiprofessionella teamet diskutera hur dessa personer kan minska risken för framtida fall. Det ger även en bättre vårdkedja för att gemensamt sätta upp mål för vård och omsorg.

Under vecka 40 deltog Valdemarsviks kommun i den nationella veckan Balansera mera, som arrangeras av socialstyrelsen för att förhindra fallolyckor. Kommunens rehabteam delade ut Balansera mera-påsar med broschyrer, "bra-att-veta" information och information kring fallprevention.

11.5 Läkemedelshantering

Analysera läkemedelsprocessen från ordination till administration

Arbeten som berör läkemedelshantering är ett dagligt pågående kvalitetsarbete och också ett område som initierar till mycket kontakter mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Ändringar i patientens läkemedelsterapi är vanligt förekommande beroende på sjukdom och

symtom och det kräver att dokumentation, korrigeringar i ordinationer och att aktuella ordinationshandlingar finns som underlag vid administrering av läkemedelsdoser.

Patientens delaktighet och informationen om läkemedlets effekt för att få en följsamhet till ordinationen speglar också utfallet.

Resultatet för 2019 visar att totala andelen läkemedelsavvikelser har minskat med 16.5%. I antal är det 77 avvikelser. Det är ett positivt resultat och visar att insatserna som gjorts under året har givit god effekt.

Andelen patienter med läkemedelsinsatser

Vid journalgranskningar av antal *nyregistrerade* hemsjukvårdspatienter under 2019 ses att totalt 49 patienter har fått insatser av hemsjukvård. Vanligast förekommande sjuksköterskeinsatser är läkemedelshantering.

Resultaten i palliativa registret visar att 50 personer avlidit inom kommunens ansvar och det medför att vårdplatser blivit tillgängliga för nya patienter som flyttat in på kommunens vård och omsorgsboenden under året.

Platserna på närsjukvårdsplats eller korttidsvård har kontinuerligt varit belagda under året och det visar också att varje vårdplats nyttjas av flera patienter, som med få undantag behöver hjälp med sin läkemedelsterapi.

Det är ett patientflöde som kräver en säker läkemedelshantering för att undvika avvikelser.

Komplexiteten att beräkna antal avvikelser och se trender när avvikelser ökar eller minskar utifrån enbart kopplingen till antal patienter är svår att beräkna, men dock är det prioriterade grundläggande arbetet att identifiera brister i varje skriven avvikelse och kvalitetssäkra varje moment som är grundläggande för patientsäkerheten.

Det ses även att det digitala stödet för att säkerställa givna doser kommer att bli en god kvalitetsökning. Det är ett arbetssätt där digital bekräftelse i mobilen att läkemedel givits säkerställs.

Det är dock viktigt att poängtera att det är avvikelser som berör glömda läkemedelsdoser som man kommer åt men det är en stor kvalitetsökning.

Arbetet kommer att starta i ordinärt boende och det blir en form av checklista i mobilen att alla insatser utförts innan omvårdnadspersonal lämnar bostaden. Leverantören har inte lyckats tillgodose de tekniska förutsättningarna utifrån den tidsplan som var överenskommen och det har även krävts mer omfattande grundarbeten i verksamheten innan projektet kunnat starta.

Arbetet har en beslutad projektstart Q1 2020 och utvärderingar kommer att fortlöpande göras för att säkerställa god funktionalitet så att det mobila arbetet bredare kan införas i verksamheten.

Antal avvikelser kopplat till antal patienter och dostillfällen

Det faktiska antalet avvikelser som registreras i verksamhetssystemet är ett sätt att mäta ökning och minskningar, men det är viktigt att även belysa andelen läkemedelsavvikelser i ett övergripande perspektiv utifrån antalet patienter som fått hjälp med sina läkemedel och hur många gånger läkemedel ges under ett år.

Redovisningen nedan visar antal administreringstillfällen under ett år. Redovisningen är beräknad på antal vård och omsorgsplatser samt antal personer som har stöd med läkemedelshantering i hemsjukvård vid mätningstillfället.

Avvikelser 2018

Under 2018 beräknades att läkemedel administrerades vid 205 800 dostillfällen. Flera läkemedel ges vid varje tillfälle; apodos, dosett, flytande, pulver mm.

Antalet patienter var 188. (188×3 adm tillfällen/dag $\times 365$ dagar) och andelen avvikelser blev 0.22%. Resultatet var mindre än 2017 eftersom fler patienter har behövt stöd med läkemedelsadministrering.

Varje dag fick patienter i genomsnitt läkemedel på 564 dostillfällen och det rapporterades 1.27 avvikelser/dag.

Avvikelse 2019

Avvikelsestatistiken för 2019 visar ett annat resultat. Antalet patienter är 185 personer. (185 x 3 adm tillfällen/dag x 365 dagar). Det ger 202 575 dostillfällen och andelen avvikelser blir 0.19%. Resultatet är mindre än föregående år eftersom antalet avvikelser har minskat (466 avvikelser 2018 och 389 avvikelser 2019)

Varje dag ges läkemedel på 555 dostillfällen och i genomsnitt skrivs 1.06 avvikelser/dag.

Resultatet speglar att antal avvikelser som registreras i verksamhetsstödet är en del i en mätmetod, men en djupare analys visar att resultatet påverkas i hög grad av antal personer som har haft stöd i sin läkemedelsterapi och antalet dostillfällen.

Åtgärder under 2019 för att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen

- Delegeringsprocessen är kvalitetssäkrad. Material, arbetssätt, arbetsflöden och utbildningsintervaller är reviderade och det finns ett heltäckande program framtaget. Programmet säkerställer bl.a. att medarbetare kan erbjudas utbildningstillfällen kontinuerligt under året och att de är avsedda för specifika grupper.
- Avvikelse har skrivits till annan vårdgivare där brister identifierats som berör läkemedelshantering. Avvikelserna berör patienter som behövt både regionens och kommunens resurser.
- Kvartalsinformation till alla enheter om aktuell avvikelsestatistik per enhet. Vikten av att följa beslutade riktlinjer och arbetssätt är grunden för en säker läkemedelshantering tillsammans med enhetsspecifika åtgärder för att minska antal avvikelser. Att vara helt fokuserad på uppgiften att administrera läkemedel har en mycket stor betydelse i utfallet av avvikelser. Informationen om det egna ansvaret för att optimera säker läkemedelshantering är kommunicerad.
- Arbeten har pågått under året för att ytterligare säkra egenkontrollen av given läkemedelsdos med införandet av Life Care mobil omsorg. I modulen finns en signeringskontroll och medarbetare kan via mobilen bekräfta given läkemedelsdos som kontroll. Skulle inte denna kontroll göras uppmärksammas det genom att alla uppdrag hos patienten inte är klarmarkerade. Införandet av signeringskontrollen har blivit senarelagd på grund av att tillverkaren inte var klar för att producera modulen och att det krävdes mer bakgrundsarbeten än beräknat.

Arbeten pågår för att starta införandet i hemtjänst under v kvartal 1 2020. Riskanalys är gjord utifrån hälso- och sjukvårdsansvaret. Information och planering är kommunicerad till leg personal.

- Enhetschefer i hemtjänst säkerställer att behörig personal som har delegering fördelas korrekt på alla uppdrag som ges för att säkra att läkemedel ges på rätt tid vid alla besök i ordinärt boende. Detta tydliggörs i schemaplaneringen. Då ses tydligt behovet när delegerad personal behövs på arbetspasset och detta kan säkerställas i schemaplaneringen.
- Information till medarbetare om vikten av att skriva avvikelser. Det är ett viktigt instrument för att se indikatorer och risker som ska initiera förändringar i arbetssätt eller organisation.

- Kontinuerligt följt avvikelsestatistiken på Patientsäkerhetsmöten med enhetschefer och i samverkansmöten med leg. personal.
- Läkemedelsrådet har arbetat med både lokala och övergripande frågor.
- Utökat de lokala rutinerna på vård och omsorgsboenden. Utformade av ansvariga sjuksköterskor.
- Startat upp samverkan med Apoteket i Valdemarsvik.

Övergripande arbeten utifrån området läkemedelshantering 2019

- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs årligen enligt avtal. Uppdraget omfattar granskning av läkemedelsförråd och rutiner för läkemedelshantering. Granskningen genomförs av farmaceut på samtliga enheter där förråd med läkemedel för generell- och akut ordination finns. Hela läkemedelskedjan kontrolleras och lokala åtgärdsplaner tas fram för att optimera en god läkemedelshantering
- MAS och sjuksköterskor träffas regelbundet i Läkemedelsrådet. Läkemedelsrådet identifierar risker och förbättringsområden, upprättar och återskär åtgärdsplaner samt implementerar resultat i alla kommunens verksamheter inom hälso- och sjukvårdsansvaret för att optimera kvalitet och säkerhet i läkemedelshantering.
- Hemmapärmen är reviderad 2019. Endast dokument som berör läkemedelshantering förvaras i särskild pärm inlåst i medicinskåpet.
- Kunskapsprov inför läkemedelsdelegering görs i webbmodul framtagna av SKR. Kunskapstest finns även i webbmodul för området diabetes. Alla medarbetare genomför kunskapstestet och utifrån verksamhetens behov ges delegering för administrering av insulin.

11.6 Synpunkter och klagomål

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

Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av enhetschef.

En utredning sker av synpunkten och/eller klagomålet och utredaren eller annan utsedd person ansvarar för att den klagande får snarast återkoppling. Vid behov kontaktas medicinskt ansvariga, MA som följer upp ärendet för eventuell fortsatt utredning.

12 Rehabilitering

Socialstyrelsens definition av rehabilitering lyder: "insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet" (SOSFS 2008:20).

Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (medicintekniska produkter) för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar.

Samtliga patienter som har behov av rehabilitering och uppfyller kraven för kommunal hälso- och sjukvård i form av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk behandling ska erbjudas detta av

verksamheten. Behandling ska föregås av arbetsterapeutisk och eller fysioterapeutisk bedömning där behov efter individens problem identifieras, personcentrerade mål formuleras samt en planering av åtgärder utförs.

Vårdförloppet ska dokumenteras i en vårdplan/ rehabiliteringsplan i journalsystemet Procapita under korrekt ICF-sökord, samt i omvårdnadsjournal vid behov.

I samband med inflyttning till kommunens särskilda boenden ska en bedömning utföras av leg. personal om det inte är uppenbart obehövt. Vårdplanen/ rehabiliteringsplanen ska syfta till att tillgodose individens rehabiliteringsbehov samt säkra att rehabilitering och ett rehabiliterande förhållningssätt blir en naturlig del i patientens vardag.

Arbetsterapeut och fysioterapeut ska instruera omsorgspersonalen i ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt samt i aktuella patientärenden instruera/ delegera rehabiliteringsåtgärder.

Ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt kännetecknas av att patientens förmåga tillvaratas samt att insatser ser till att stödja och ges för att bibehålla och utveckla funktioner och aktivitetsnivå. Det rehabiliterande förhållningssättet ska ske utifrån individuella förutsättningar och önskemål så att individen kan uppnå goda levnadsvillkor och sträva efter ett självständigt liv.

Verksamhetscheferna hos respektive utförare är ytterst ansvarig för att patienterna får sin rehabilitering tillgodosedd.

Medicintekniska produkter kan förskrivas som ett led i rehabiliteringen för att kompensera nedsatt funktion eller aktivitetsbegränsningar eller för att förebygga komplikationer.

Det är viktigt att hjälpmedelsförskrivningen är en integrerad del i rehabiliteringsprocessen och inte en isolerad åtgärd som ersätter annan behandling.

Det innebär att förskrivaren bör ta ställning till om behov finns av andra rehabiliteringsinsatser, som på ett bättre sätt kan bidra till en förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga, innan förskrivning av hjälpmedel sker.

Förskrivning av medicintekniska produkter sker utifrån en bedömning av patientens behov och egna mål och följer de länsgemensamma regelverk upprättat för förskrivning av personliga hjälpmedel.

Kvalitetsgranskning

Under 2018 genomfördes en kvalitetsgranskning för att identifiera förbättringsområden för att säkerställa en god och säker vård av hög kvalitet. Under granskningen framkom förbättringsåtgärder för att höja kvalitén kring rehabiliteringen för patienter och ett rehabiliterande förhållningssätt hos medarbetare. Under 2019 har enheterna jobbat med förbättringsåtgärder:

- Fortsatt information på APT gällande rehabiliterande förhållningssätt
- Skapa rehabplaner för personer som bor på SÄBO
- Sprida patientens mål med hemrehabilitering till hemtjänstens personal.
- Fortsatt utbildningar för rehabombud och att ge information till alla medarbetare om rehabombudens roll.

Förbättringsförslag framkom även kring medicintekniska produkter (hjälpmedel). De rutiner och checklistor som är framtagna inom verksamheterna behöver vara kända bland medarbetare för att säkerställa användandet i samband med vård och omsorg. Därför har enheterna under året jobbat med följande förbättringsåtgärder:

- Information till medarbetare om checklistorna som används vid förskrivning av lyftselar.
- Information till medarbetare om riktlinjer och rutiner som berör medicintekniska produkter.
- Ta fram tydliga flöden för beställning av arbetstekniska hjälpmedel
- Öka kunskapen kring ansvarsfördelning för medicintekniska produkter.
- Information kring signeringslistor och vikten av att fylla i den korrekt.

Under 2019 har uppföljningar gjorts av hjälpmedel som är 10 år eller äldre. Arbetet har syftat till skära ner hjälpmedelskostnader för medicintekniska produkter som inte längre brukas av

patienterna. Uppföljning har resulterat i flera återlämningar och nyförskrivningar i de fall då patienten ansågs vara i behov av ett nytt hjälpmedel.

Förbättringar utifrån kvalitetsgranskningen kommer att fortsätta under 2020.

Hemrehabilitering

Hemrehabilitering kan ses som insatser i patienters ordinära boende och dess närmiljö. Dessa insatser kan ske dels som specifika arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och dels som vardagsrehabilitering inom ramen för socialtjänstlagen (SoL). I och med att insatserna kan befinna sig i de olika lagrummen är det viktigt med ett starkt samarbete mellan biståndshandläggare, utförare inom hemtjänst, särskilda boenden, verksamheter inom stöd vid funktionsnedsättning samt leg.personal.

Som ett steg i detta har det nya arbetssättet kring strukturerade teamträffar varit lyckat. De nya rutinerna för hur teamträffarna ska genomföras, både på mötet och inför har skapat ett starkt samarbete mellan de olika verksamheterna. Genom starkt teamsamverkan kan vi säkerställa en god och säker vård för våra brukare och patienter.

Möten blir även mer tidseffektiva och fokuserar på att arbeta fram tydliga mål kring gemensamma insatser.

Rehabiliteringsprojektet har resulterats i en förvaltning av satsningen och numera bedrivs ett aktivt arbete för att förbättra och effektivisera räckvidden av rehabteamets insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Arbetssättet kring strukturerade teamträffar har varit fortsatt lyckat under 2019 och har givit medarbetarna ett bra forum för tvärprofessionellt samarbete som förbättrat kommunikationen och ökat patientsäkerheten.

Målet under 2020 är att fortsätta att arbeta för att bevara teamträffarnas struktur och effektivisera dessa ytterligare genom att återinföra SBAR-systemet för bättre strukturerad och säkrare överrapportering.

Ett fortsatt samarbete bedrivs mellan kommunens biståndshandläggare och rehabpersonal. Genom regelbundna sammanträden har ett närmare samarbete upprättats som ska leda till ett mer effektivt preventivt arbete riktat mot kommunens äldre.

Målet med samarbetet är att rehabpersonal med hjälp av biståndshandläggare i ett tidigt skede ska komma i kontakt med riskgrupper och förebygga eventuellt behov av kommunala insatser. Individer som ansöker om duschhjälp och trygghetslarm har varit målgruppen under 2019.

Målet inför 2020 är att upprätthålla och förbättra samarbetet mellan biståndshandläggare och rehabteamet samt bredda målgruppen för att bistå flera inom riskgruppen med rehabiliteringsinsatser.

Rehabiliterande insatser

2019 inleddes med heltäckande förflyttningsutbildningar i syfte att stärka omvårdnadspersonalens kunskap vad gäller förflyttnings teknik och användning av arbetstekniska hjälpmedel. Totalt genomfördes 3 heldagsutbildningar.

Förflyttningsutbildningar planeras återupptas Q1 2020. Utbildningarna kommer att erbjuda 12 personer en heldagsutbildning fördelat på 2 eftermiddagar. Utbildningen planeras var 6:e vecka.

Arbetet med rehabombuden fortsätter med utbildning i förflyttningsproblematik vid demenssjukdom. Målet är att fortsätta stärka rehabombudens kompetens för att de ska kunna förmedla kunskapen på sina enheter samt bistå vid mer komplexa rehabärenden.

Temat berör ett högst aktuellt ämne och bidrar till kunskap som ska stärka rehabombudens kompetens och problemlösningsförmåga av förflyttningsproblematik som uppstår vid olika demenssjukdomar.

Uppmärksammade brister bland signeringslistor av rehabinsatser har mynnat ut i ett fortsatt förbättringsarbete vad gäller rutiner och kunskap om signering av utförd åtgärd.

Ett gediget utbildningsarbete har genomförts på teamträffar för att åtgärda kunskapsluckan och rehabpersonal har fått information om hur signeringslistorna ska fyllas i samt när avvikelser ska skrivas.

Arbetet planeras fortsätta 2020 med förenkling av signeringslistorna samt fortsatt tydlig information om vikten av signering av ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Införandet av Life Care Mobil Omsorg planeras Q1 2020. Detta kommer att ge omvårdnadspersonalen möjlighet för att signera utförda insatser direkt i mobiltelefonen och minska risken uteblivna signeringar av ordinerade insatser.

Inga allvarliga händelser har skett under 2019 gällande rehabilitering, personligt förskrivna hjälpmedel eller arbetstekniska hjälpmedel.

13 Övergripande mål och strategier för kommande år

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

Det viktigaste målet är att skapa en stark patientsäkerhetskultur. Med patientsäkerhetskultur menas förhållningssätt och attityder hos alla medarbetare som har betydelse för patientsäkerheten. En förutsättning för att lyckas är ett starkt stöd och engagemang på alla ledningsnivåer i organisationen. Genom att reflektera över händelser som är risker i verksamheten kan det systematiska förbättringsarbetet stärkas och det är då som aktiviteter för ökad patientsäkerhet blir effektiva.

Det fortlöpande arbetet att utveckla patientsäkerhetsfrågorna ska alltid vara en punkt på agendan. Handlingsplaner med tydliga mål, ansvarsfördelning, tidplan, åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekt bör ingå i samtliga förbättrings- och utvecklingsområden.

Granskning av informationssäkerhet

Enligt patientdatalagen ska vårdgivaren se till att kontroller görs när åtkomst finns till patientuppgifter i IT-system. Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Kontrollerna ska göras genom fortlöpande uttag och granskning av loggar i verksamhetssystem.

Kontinuerliga loggkontroller av åtkomst i sammanhållen journalföring och hälso- och sjukvårdsenhetens verksamhetssystem har inte visat några avvikelser under 2019.

Granskning av kommunikation och informationssäkerhet

En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till avvikelser och händelser i vården är att det på ett eller annat sätt brustit i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter. God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen.

Hälso- och sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet där en stor mängd kritisk information om enskilda patienter överförs mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Otydlig kommunikation och informationsöverföring kan leda till att patientsäkerheten hotas.

Med en fastställd struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. En sådan struktur för kommunikation är SBAR (Situation, Bakgrund, Analys, Rekommendation); en metod för strukturerad kommunikation som ska användas. Utbildningsinsatser kommer att genomföras under 2020.

Kontroll av vårdhygienisk standard

Under 2019 har arbeten startat med att fortsätta utveckla kontrollen av verksamhetens vårdhygieniska standard. Utöver de årliga mätningarna av basala hygien- och klädregler ska enheterna även optimera den vårdhygieniska egenkontrollen.

2020 fortsätter arbetet med hygienronder på respektive enhet. Vikten av underhåll och rengöring av medicintekniska produkter kommer understrykas ytterligare då detta framstår som ett tydligt förbättringsområde.

Strategier för läkemedelshantering

Som ett *Resultatmål* i syftet att fortsatt minska antalet läkemedelsavvikelser och för att skapa tydliga och säkra flöden i läkemedelshantering finns Läkemedelsråd.

MAS, kommunens sjuksköterskor och enhetschef för hälso- och sjukvården samlas till kontinuerliga möten med fokus på en säker läkemedelskedja.

Läkemedelshantering är ett fokusområde utifrån risker, men även utifrån vikten att vara helt fokuserad på arbetsuppgiften i utförandet. Avvikelser kan till stor del elimineras genom att vara avskärmd från yttre påverkan och fokuserad på arbetsuppgiften.

Ordinationsändringar är vanligt förekommande beroende på förändringar i patientens hälsobild och symtom.

Omvårdnadspersonal inom sektor stöd och omsorg har under 2019 genomfört kvalitetssäkrad läkemedelsutbildning för att få iordningsställa och administrera läkemedel.

Ett resultat i hela denna process, som då kan ses som ett *Processmål* är att arbeta för att kvalitetssäkra hela läkemedelsprocessen genom att ha ett flöde från enhetschefens behov av delegerad omvårdnadspersonal till att ett delegerat uppdrag säkerställer att patienten får läkemedel i rätt dos, på rätt sätt och på rätt tid.

Att införa digital kontrollsignering av läkemedelsdoser förväntas ge minskad andel glömda avvikelser. Vikten är att följa strukturen för att administrera läkemedel som innebär att administrera och därefter signera utförd åtgärd.

Kontinuerliga träffar med enhetschefer optimerar samverkanspunkterna som berör läkemedelshantering.

Digital signering av läkemedelsdos samt rehabiliterande insatser

Att införa digitala mobila kontrollsystem för att signera läkemedelsadministrering och rehabiliterande insatser är ett viktigt steg mot ett mobilt arbetssätt och är av stor vikt att det införs. Det medför, när Life Care mobil omsorg är installerat, att schemaläggningen säkerställer att delegerad personal är på plats som kan utföra åtgärden vid varje tillfälle.

Nationella Läkemedelslistan

Det pågår arbeten i hela Sverige för en ny inloggningsplattform med åtkomst till flera system via en säker inloggningsmetod. Den nationella läkemedelslistan är ett nytt personregister som kommer att innehålla patientens samtliga förskrivna läkemedel. Det förutsätter en tillitsdeklaration mellan vårdgivare och en anslutning till denna plattform. Ehälsomyndigheten och Inera arbetar tillsammans med SKR att ta fram metoder.

Men det medför även en osäkerhet kring användandet av vissa digitala verktyg, inloggningsmöjligheter samt kompatibilitet till denna inloggningsfunktion och det medför att alla huvudmän måste vänta på statens kommande beslut så att rätt saker görs i rätt tid.

En kritisk framgångsfaktor är också vikten av att hålla fast i samverkan mellan kommunerna och regionen och gemensamt driva och samordna utvecklingsaktiviteter inom läkemedelsområdet för att skapa bästa effekt och värde för patienten och för vårdutföraren. Läkemedelskedjan är sårbar då ordinatören, nästan alltid, finns hos en annan huvudman än där läkemedlet ska hanteras.

2020 kommer att visa hur arbetet fortskrider och vilket resultat det leder till.

Så arbetet under 2020 kommer också att genomföras utifrån *Processmål*: övergripande åtgärder som inte Valdemarsviks kommun kan påverka, men ska implementera, som ska generera goda resultat utifrån framtagna handlingsplaner och övergripande beslut.

Avseende *Strukturmål* finns utbildningspaket för läkemedelsutbildning och delegering.

Omvårdnadspersonal utför både webbaserat och skriftligt kunskapstest på plats inför delegering av läkemedelshantering.

13.1 Specifika utvecklingsområden det kommande året

Signeringslistor - rehabiliterande insatser

Under 2018 har brister kring signeringslistor för rehabiliterande insatser upptäckts. Ett område som tidigare inte varit prioriterat vid kontroller av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Under hösten påbörjades ett arbete för att höja kunskapen kring arbetsterapeuters och fysioterapeuters signeringslistor som ett steg att minska bristerna.

Under 2019 var signeringslistor ett prioriterat område och resulterade i information till berörda enheter under avsatta teamträffar.

En regional undersökning visade på att Valdemarsvik ligger över medelvärde av signerade åtgärder med ca 36% avvikelser. Trots tydliga förbättringar under 2019 krävs det ytterligare insatser för att stärka följsamheten.

År 2020 införs nya signeringslistor som avser att underlätta signeringen. Ett arbete med att implementera Lifecare Mobil Omsorg som medför digital signering förväntas också skapa bättre förutsättningar för omvårdnadspersonalen att signera ordinerade insatser samt minska antalet avvikande signeringar av rehabiliteringsinsatser.

Ehälsa och välfärdsteknologi

Ett område som har en specifik inriktning inom utveckling. Nätverket för eHälsa i Östergötland har arbetat med flera frågor i samverkan mellan regionen och länets kommuner.

Under slutet av 2019 ändrades den länsgemensamma ledningsstrukturen och utvecklingsledare anställdes som tillsammans med kommunerna och regionen ska utveckla hälsofrågorna.

Valdemarsviks kommun fortsätter att implementera nya arbetssätt, exempelvis att erbjuda trygghetskamera vid natttillsyn och inom flera områden inventera och prioritera införandeprocesser inom området beroende på ekonomiska förutsättningar och nytta.

Arbeten är genomförda inom hälso- och sjukvårdsorganisationen med att utrusta alla datorer, både fasta och bärbara, med en standardutrustning så att alla system som krävs för att hantera verksamhetens och patientens behov finns oavsett var medarbetaren befinner sig.

All legitimerad personal har egna tjänstemobiler för att lätt kunna ta kontakter samt att har tillgång till digitala system i mobilen.

Ett led i arbetet är digital kontrollsignering av läkemedelsdoser och rehabiliterande insatser under 2020 samt ett fortsatt länsgemensamt arbete.

Förflyttningsutbildningar

Under 2019 påbörjades arbetet för att säkerställa kontinuerliga förflyttningsutbildningar för omvårdnadspersonal. Under året erbjöds 6 tillfällen å 12 personer för heldagsutbildning. Totalt genomfördes 3 utbildningar. Sammanlagt utbildades ca 40 personer där utbildningen innehåller teoretiska och praktiska moment.

Att inte använda en god teknik vid förflyttningar innebär allvarliga risker för vårdskada för patienterna. Framförallt när hjälpmedel så som lyft och lyftsele är involverat. Det innebär även risk för arbetsskador för personal när inte god förflyttningsteknik och ergonomi används.

Vanliga arbetsskador så som värk i axlar är ofta förekommande i samband med förflyttningar av patienter. Genom att erbjuda kontinuerlig och återkommande utbildningar kan med goda chanser risken för arbetsskador minskas och samtidigt kan en god och säker vård erbjudas med minskad risk för vårdskada.

År 2020 återupptas förflyttningsutbildningarna. En aktiv dialog kommer att föras med enhetscheferna för underlätta planering och schemaläggning samt maximera antalet deltagare på

utbildningen. Första förflyttningsutbildningen är planerad i april.

Kompetensutveckling riktade insatser inom området demens

Under året har arbetet med att använda BPSD registret påbörjats (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Utbildningsinsatser har genomförts till demensteamet och personal på demensboenden. Riktlinje för registrering i registret är framtaget och följs nu av verksamheten.

BPSD används i ett proaktivt steg att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Genom att arbeta med bemötande kan symtom hos personer med demenssjukdom minskas. Symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och det orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen krävs, förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. Effekten av användandet av BPSD registret kan vara minskad läkemedelsterapi.

Kartläggningsinstrumentet Tidiga tecken planeras att införas på respektive LSS-enheter i Valdemarsviks kommun år 2020. Instrumentet syftar till att kartlägga brukares kognitiva status och göra kontinuerliga utvärderingar en gång per år. Följande kartläggning ska utföras av en kontaktperson i samverkan med legitimerad personal som känner till instrumentet. Avsikten med följande insats är att ytterligare förbättra patientsäkerheter och monitorera brukarnas kognitiva status för att kunna erbjuda den bästa möjliga vården.

Arbetet med implementering av BPSD kommer att ligga i fokus inför 2020 där stor vikt kommer att läggas på att engagera personalen samt arbeta med reflektioner och resonemang som krävs för att framgångsrikt arbeta med BPSD-registret.

Hemrehabilitering

Under 2019 utformades satsningen från projektet om utökad hemrehabilitering och ett rehabiliterande arbetssätt genom vardagsrehabilitering till ett vardagsnära arbetssätt.

Kärnan i denna satsning är sektor stöd och omsorgs värdegrund, där individen alltid ska finnas i centrum. I och med ett rehabiliterande förhållningsätt kan vi jobba för att våra patienter och brukare ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt.

Genom vardagsrehabiliteringen arbetar vi med målsättningen att insatserna ska vara stödjande och inte hjälpende oavsett om insatsen grundar sig i SoL eller HSL.

Ett rehabiliterande förhållningsätt gör att vi identifierar vad varje individ klarar av i vardagliga aktiviteter beroende på dagsform och målsättningar där hemmet alltid är grunden för rehabilitering.

Insatser för att vidmakthålla det rehabiliterande förhållningsättet framöver innebär ett fortsatt intensivt samarbete mellan biståndshandläggare, omsorgspersonal och legitimerad personal där fokus ligger på patientens förmågor och målsättningar. Detta uppnås genom ett gott teamarbete och teamsamverkan där teamträffarna ligger som en grund för dessa diskussioner.

Vårdsamverkan i Valdemarsvik, Nära vård

Den tekniska och medicinska utvecklingen leder till att det blir möjligt att ge mer vård och omsorg i det egna hemmet, patientens självständighet kan behållas samt möjligheten att kunna bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet.

Läkarledda distansronder med vårdcentralen och kommunens legitimerade personal och LAH, på Vrinnevisjukhuset är ett framgångsrikt koncept.

Samverkan mellan kommunen och vårdcentralen har givit utrymme för nya innovativa arbetssätt och metoder utanför befintliga strukturer.

Under 2019 har arbeten inom området diabetes, långsamt läkande sår, demens, mobilt arbetssätt samt ytterligare utveckling av området rehabilitering i samverkan med Rehab Öst medfört att kontaktvägar, ansvar och arbetssätt lyfts för att ge kommunens medborgare en god och nära vård samt kunna erbjuda välfärdsteknik när det är möjligt.

Inför 2020 ska gemensamma arbeten fortsätta för samverkan inom området Nära vård.

Uppföljning - effektmål teamträff och EL-möten

Uppföljning av teamträffar och EL-mötens effektmål har genomföras under 2019. Syftet var att säkerställa införandet och att arbetssättet följer rådande rutin. Effektmålen för EL-möten ska bland annat vara en tydligare struktur för enhetens arbete har skapats och denna är känd bland medarbetarna. Resultatet visar att strukturerna för enhetens kommunikation med professioner har stärkt och är viktiga forum för att få en helhetsbild av patienternas behov. Det är ett pågående arbete för att alla medarbetare ska kunna delta på möten, eftersom varje dag är olika beroende på patienternas behov av akuta hälso- och sjukvårdsinsatser som alltid måste prioriteras.

Inrapportering av vårdåtgärder

Från 2019 är kommunerna skyldiga att rapportera in uppgifter till socialstyrelsens register om vilka åtgärder patienter i den kommunala hälso- och sjukvården fått under varje månad. Åtgärderna ska klassificeras enligt KVÅ, klassifikation av vårdåtgärder (socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:67).

KVÅ kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen och för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen. Internt kan statistik tas ut och analyseras.

Arbetet innebär en ny dokumentationsprocess för legitimerad personal och har krävt utbildningsinsatser under 2019.

Syftet med rapporteringen är att lättare kunna mäta och jämföra kvalitet på hemsjukvård och vård som ges i kommunerna.

Förhoppningen är att socialstyrelsen ska kunna publicera landets 290 kommuners resultat under 2020 om vilka insatser som ges i kommunal hemsjukvård.

14 Omvärldsanalys

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

Folkhälsorapport 2019. Har hälsan blivit bättre?

- En analys av hälsoläget och dess utveckling i Östergötland

Folkhälsorapporten är den första sammanfattande beskrivningen av hälsan i Östergötland sedan Östgöta-kommissionens rapport om jämlik hälsa 2014. Syftet med rapporten är att ge en ökad kunskap om hälsoläget för befolkningen i Östergötland just nu, utvecklingen över tid och skillnader mellan olika grupper samt orsakerna till att det ser ut som det gör. Analyserna grundas på data från Östergötland.

Resultaten visar att hälsan blir bättre, men inte för alla. Det finns fortfarande tydliga och ofta ökande skillnader i hälsa mellan människor med olika livsvillkor, särskilt utifrån ekonomisk situation och utbildningsnivå. Skillnaderna finns såväl för självskattad hälsa och sjukfrånvaro som för livslängd.

Ökad medellivslängd ökar antalet äldre

Som en följd av en ökad medellivslängd ökar antalet äldre. Störst är ökningen i gruppen som är över 80 år. De flesta äldre anger en god självskattad hälsa med hög autonomi. Det gäller även de över 85 år, trots att de flesta har flera sjukdomar. Ungefär en fjärdedel av de äldsta har omfattande behov av vård och omsorg.

Sveriges medellivslängd är bland de 15 högsta i världen

En hög levnadsstandard och en god hälso- och sjukvård har gjort att medellivslängden i Sverige ökat med tio år för både män och kvinnor de senaste 70 åren (s117). Ur ett globalt perspektiv är Sveriges medellivslängd bland de 15 högsta i världen (s118). Det skapar en ny situation där

gruppen äldre blir större eftersom de allra flesta i befolkningen kommer att bli minst 65 år. Den förväntade demografiska utvecklingen i Östergötland liknar den riket har som helhet. Prognosen visar att antalet personer över 65 år förväntas öka mer än de yngre åldersgrupperna fram till 2030, både i antal och i andel (s119).

Trots att de flesta äldre i Östergötland skattar sin hälsa som bra kommer behovet av vård och omsorg att öka, eftersom gruppen blir allt större.

Under 2017 bodde 2 procent av de yngre äldre och 19 procent av de äldre äldre i Östergötland på särskilt boende. Det var även 5 procent av de yngre äldre och 33 procent av de äldre äldre som hade hemtjänst.

(Folkhälsorapport 2019. Har hälsan blivit bättre?)

- En analys av hälsoläget och dess utveckling i Östergötland. Region Östergötland. Verksamhetsutveckling vård och hälsa 2019)

Att gemensamt möta ett ökat behov av vård och omsorg

Både lokalt och länsgemensamt har fortlöpande arbeten gjorts under 2019 för att tillsammans med Region Östergötland arbeta för en god sammanhållen vård och omsorg. Patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser ska så snart som möjligt kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt.

Från 2019 gäller även lagenom samverkan vid utskrivning från slutna vård för patienter som vårdas i slutna psykiatrisk vård.

Målgruppen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

Det har medfört att ledtiderna för kommunens övertagande blivit kortare och att primärvården samverkansroll varit mycket betydelsefull i patientens fortsatta planering vid utskrivning från slutna vård.

Lokala samverkansmöten har genomförts med kommunföreträdare och med medarbetare från primärvården för att gemensamt arbeta för en god och säker vård med tydliga kontaktvägar.

Arbetet kräver dagliga gemensamma insatser. 2019 har kännetecknats av en god samverkansstruktur, dock med flera fallgropar att systematiskt analysera för en god kvalitet och säkerhet.

15 Patientsäkerhetsarbete, strategi, åtgärder och Patientsäkerhetsplan

Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategi och åtgärder	Resultat och plan
Registrering och bearbetning av avvikelser.	Alla avvikelser ska utredas av legitimerad personal och chef. MAS och MAR redovisar årets avvikelsestatistik i patientsäkerhetsberättelsen. Djupare analys av avvikelser som berör fall och läkemedelshantering. Enheterna arbetar kontinuerligt för att eliminera eller minska risk för att händelsen inträffar igen.	Resultaten från avvikelsehanteringen tas upp på enheterna för analys och bearbetning. Förbättringsåtgärder ska presenteras utifrån varje enskilt fall. Fortsatt gemensamt arbete i verksamheten för att identifiera risker och minska antal avvikelser i verksamheten. Under 2019 har verksamheten skickat 9 avvikelser till andra huvudmän och mottagit 11 avvikelser. Avvikelserna berör mestadels ärenden vid in- och utskrivning till slutna hälso- och sjukvård



Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategi och åtgärder	Resultat och plan
Kontinuerligt arbete för en ökad patientsäkerhet. Att utreda händelser enligt lex Maria som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.	MAS och MAR gör utredning och anmäler till IVO enligt föreskrift samt lämnar information till verksamhetschef, enhetschefer samt Stöd och omsorgsutskottet.	Individuella åtgärder såsom information, rutiner, checklistor och arbetssätt upprättas eller revideras för att öka patientsäkerheten. Proaktivt arbete under året har inneburit att risker eliminerats i verksamheten och minskat risken för vårdskada.
Registrering i palliativa registret av alla avlidna på särskilda boenden, ordinärt boende samt på korttidsvård.	Identifiera förbättringsområden utifrån resultat i palliativa registret. Palliativa ombuden redovisar resultat vid möten med omvårdnadspersonal MAS och MAR ansvarar för att kontinuerligt redovisa verksamhetens resultat.	Utifrån resultat implementeras förbättringsåtgärder tillsammans med legitimerad personal och enhetschefer. I jämförelse med 2018 års resultat ses att den palliativa vårdens kvalitet har ökat (se 15.1). Arbetet fortsätter under 2020 med att upprätta åtgärdsplaner utifrån resultat samt säkerställa att alla personer registreras i palliativa registret.
Att fortlöpande arbeta för säker dokumentation gällande hälso- och sjukvård i dokumentationssystemet Procapita.	Utifrån Socialstyrelsens dokumentationskrav dokumenterar legitimerad personal i ny dokumentationsstruktur och beskriver patientens behov i vårdplaner. För Rehabpersonal har specifika program installerats	Arbetsstrukturen är länsgemensam för en följsamhet till nationell eHälsa och ökad kvalitet i hemsjukvård och i såbo. Arbetet fortsätter under 2020 med förbättringar i dokumentationsstrukturen. Dokumentationsutbildningarna för leg personal är kontinuerligt förekommande och obligatoriska
Följsamhet till SKLs patientsäkerhetsarbete. Punktprevalensmätning i Senior alert förekomst av trycksår.	Nationell mätning 1 gång/år.	2016 års resultat visar att 7.7% av patienterna i Valdemarsviks kommun har trycksår (riksgenomsnitt 7.6%). 2017 års mätning visar att förekomsten av trycksår är 3.9% (riksgenomsnitt 14.1%). Resultaten för 2018 vid det specifika måttillfället beskriver tydligt att Valdemarsviks kommuns arbete har givit positivt utfall. Mätningen under våren 2018 visade att 4.8% hade trycksår och höstens mätning visar att bara 1.2% av patienterna har trycksår.(Resultat region Östergötland 14.6%). Det är positivt resultat och en indikation på att den nära omvårdnaden ser till behovet av trycksårsförebyggande åtgärder kombinerat med hjälpmedel och nutritionsåtgärder. Resultaten för både höstens och vårens mätning 2019 visar att 4.7% har trycksår (Region Östergötland 11.8%). Det är av stor vikt att alla professioner arbetar i teamsamverkan för att eliminera risker för trycksår och att patienten oavsett hos vilken vårdgivare trycksåret uppstår har både vårdplan och genomförandplan.



Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategi och åtgärder	Resultat och plan
Att fortlöpande arbeta för en säker läkemedelshantering. Att minska antal läkemedelsavvikelser.	Arbeta utifrån riktlinjer för läkemedelshantering samt avvikelshantering. Kunskapstest används inför delegering av läkemedel. Årlig revidering av lokala läkemedelsrutiner.	Årlig extern läkemedelsgranskning från apoteket för kontroll av följsamhet till föreskrifter. Läkemedelsråd, samverkan med enhetschefer och enheternas chef- och sjuksköterskesamverkan är viktiga för att identifiera risker. Arbetet fortsätter under 2020.
Att säkerställa att legitimerad personal kan boka akut läkartid eller få läkarkontakt.	Primärvården i Valdemarsvik har utifrån lokal rutin säkerställt läkartillgänglighet.	Utifrån kraven på läkarkontakt när en patients tillstånd kräver det har vårdcentralen kvalitetssäkrat samarbetet mellan kommun och regionen. Jourtid finns läkare via regionens jourorganisation.
Att arbeta för följsamhet till Socialstyrelsens krav på gemensam dokumentationsstruktur för kommunal hälso- och sjukvård.	Att ge förutsättningar för att alla professioner dokumenterar enligt ICF	Valdemarsviks kommun producerar journalinformation till Nationell Patientöversikt, NPÖ. Viss journaldokumentation är åtkomlig för andra vårdgivare efter patientens samtycke.
Att fortlöpande arbeta för gott nutritionsstatus. Att medverka till att patienten är delaktig och får fortlöpande information.	Att utifrån bedömningsinstrumentet MNA och patientens information upptäcka riskfaktorer. Leg personal upprättar vårdplaner i dokumentationssystem. Omvårdnadspersonal upprättar och reviderar genomförandeplan och enhetschef ansvarar för att aktuell plan finns.	Arbetet fortsätter under 2020 att tillsammans arbeta för gott nutritionsstatus och en god måltidssituation. Arbetet kopplas ihop med kommunens värdegrundsarbete.
Att utifrån Socialstyrelsens upphävande av skydds- och tvångsåtgärder upprätta rutiner för patientsäkerhet.	Riktlinjer för inhämtande av samtycke samt Riktlinjer för skyddsåtgärder finns. Legitimerad personal gör bedömningar. Enhetschef implementerar riktlinjer på varje enhet.	Att fortlöpande dokumentera, uppdatera vårdplaner och genomförandeplaner för att upprätthålla en god patientsäkerhet och medverka till delaktighet. Hälso- och sjukvård är frivillig och får som huvudregel inte ges utan patientens samtycke.
Att säkerställa patientens samtycke för åtkomst av sammanhållen journalföring.	Nationell patientöversikt NPÖ2.0 och Panorama är tillgänglig för behörig hälso- och sjukvårdspersonal efter bedömning/ samtycke. Riktlinjer för inhämtande av samtycke till sammanhållen journalföring är beslutade av KS. Loggkontroll sker kontinuerligt.	Verksamheten medger förutsättningar för en ökad patientsäkerhet, patientnytta, garantier för skydd av den enskildes integritet samt förbättrade möjligheter till uppföljning. Valdemarsviks kommun är producenter till NPÖ. Kontinuerlig granskning av loggar har genomförts utan avvikelser.



Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategi och åtgärder	Resultat och plan
Att fortlöpande arbeta för en god mun- och tandhälsa.	Riktlinjer för mun- och tandhälsa finns. Avtal finns med tandvårdsutförare. Tandvårdsutförare ska besöka säsöheterna årligen samt utföra munhälsobedömningar och informera/utbilda personal.	Omvårdnadspersonal ska arbeta utifrån kommunens riktlinjer och tandhygienistens rekommendationer. Enhetschef och sjuksköterska samverkar i avstämningen av utförda åtgärder. Sjuksköterska erbjuder munhälsobedömning för att upptäcka riskfaktorer och dokumenterar i omvårdnadsjournal. Äldrepedagoger och omvårdnadspersonal beskriver i samråd med vårdtagaren omvårdnadsbehovet avseende munhälsa i genomförandeplanen. Dock kan patienten tacka nej till hjälp och stöd vilket kan vara komplext och kan leda till genomförandeplaner som inte är optimala. Arbetet för att bevaka en god munhälsa fortsätter under 2020 för att säkerställa att patienter som önskar får kontakt med tandvården och hembesök vid behov. All personal ska erhålla årlig utbildning från tandvården enligt avtal. Enhetschef ansvarar för att boka in besök. Utfört stöd och hjälp dokumenteras i journal.
Patientsäkerhetsarbete utifrån Regeringens och SKR's nationella läkemedelsstrategi.	Inom kommunens särskilda boenden, patienter i hemsjukvård samt inom PAH arbetar ansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska för en god läkemedelsterapi.	Det medför en ökad patientsäkerhet och en mer effektiv läkemedelsanvändning utifrån individuellt behov. Arbetet ska bedrivas med vårdtagarens delaktighet.
Säkerställa att enhetschef, MAS, MAR och legitimerad personal samverkar för att kvalitetssäkra vården som utförs av hälso- och sjukvårdsenheten.	Patientsäkerhetsdialog: Enhetschef, MAS och MAR har kontinuerliga träffar.	Att ha ett kontinuerligt samverkansforum optimerar patientsäkerhetsarbetet och medför ett enhetligt arbetssätt i verksamheten. Arbetssättet kommer att fortsätta under 2020.
Att kontinuerligt arbeta för att ge personal ytterligare kompetens i form av riktade utbildningar.	Utifrån inventerat behov av kompetenshöjning ge medarbetare kunskap utifrån evidens och beprövad vetenskap.	Hälso- och sjukvårdspersonal kan med ökad kunskap bidra till trygg och säker vård.
Att representation från hälso- och sjukvården finns i länsgemensamma arbetsgrupper för att säkerställa god följsamhet till framtagna vårdprogram och handlingsplaner.	På strategisk övergripande nivå mellan kommunerna i Östergötland och region Östergötland finns en struktur för ledning och samverkan. Sektorchef, MAS och MAR deltar i specifika grupper utifrån sakämnesområde.	Arbetet sker strategiskt med koppling till nationella riktlinjer, satsningar mm. Samordning av utvecklings- och förbättringsarbetet, uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet sker länsgemensamt och lokalt. Det minskar risken för skillnader i arbetssätt, terminologi och synsätt.

15.1 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits. Åtgärder och resultat.

SFS 2010:659, 3 kap.10 § p 1-2

Vård i livets slutskede

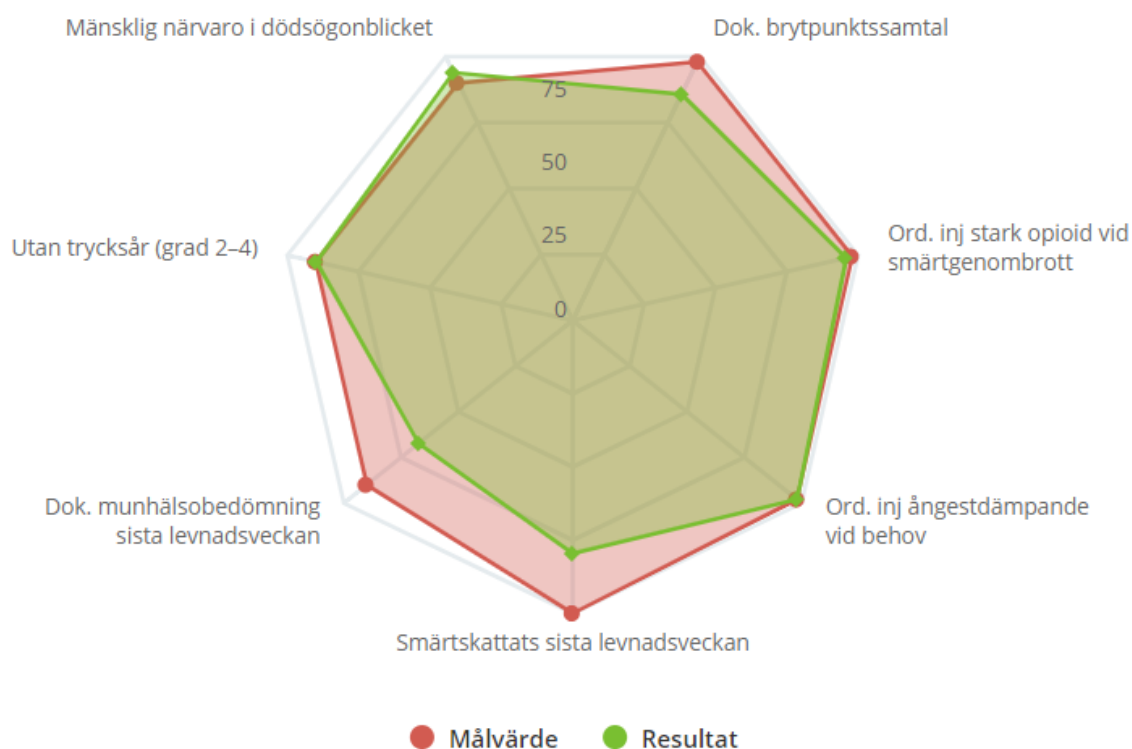
Svenska Palliativa registret

Ett nationellt kvalitetsregister med registrering av vård i livets slutskede. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Resultaten i registret används för att mäta, förbättra och följa upp kvaliteten i vården. Fortlöpande registrering görs av kommunens sjuksköterskor i Svenska Palliativa registret.

Uttag ur palliativa registret . Kvalitet 2018

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2019-01



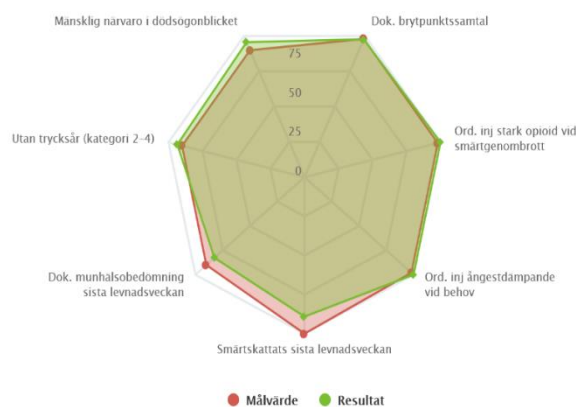
Resultat 2018:

Utan trycksår vid dödsfallet 90.7%,
Injektionsläkemedel mot ångest 97.7%,
Injektionsläkemedel stark opioid mot smärta 95.3%,
Dokumenterad munhälsa sista levnadsvecka 65.1%,
Dokumenterat brytpunktssamtal 86%,
Smärtskattning 79.1%,
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 93%

Kvalitet 2019

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 – 2019-12



Detta är en modifierad rapport

*Resultat 2019; Utan trycksår vid dödsfallet 93.5%,
Injektionsläkemedel mot ångest 100%,
Injektionsläkemedel stark opioid mot smärta 100%,
Dokumenterad munhälsa sista levnadsvecka 82.6%,
Dokumenterat brytpunktsamtal 97.8%,
Smärtskattning 89.1%,
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 95.7%*

Spindeldiagrammet visar resultatet under den aktuella perioden. Målvärdet är rosafärgat och det uppnådda resultatet är grönfärgat.

Resultaten är förbättrade under 2019 inom alla bedömningsområden. Den grönfärgade delen av spindeldiagrammet är tydlig och täcker nästan hela spindeldiagrammet.

Särskilt ska nämnas att dokumentationen av munhälsa har ökat. Bedömningar görs men dokumentationen i verksamhetssystemet har inte varit optimal, utan ordinationerna skrivs på de dokument som används för signering av utförda åtgärder.

För att personal ska vara rustade att möta vården i livets slutskede krävs kunskap. Det är av största vikt att utbildning sker kontinuerligt och att befintlig kunskap och erfarenhet tas tillvara.

Sedan 2011 registrerar kommunens sjuksköterskor alla personer som avlider inom särskilda boendeformer och från 2014 även personer som haft hemsjukvård i ordinärt boende eller är anslutna till PAH, primärvårdsanaluten hemsjukvård.

Slutenvården registrerar patienter som avlider på sjukhus.

I kommunen finns legitimerad personal med uppdrag att vidareutveckla den palliativa vården inom både särskilda boendeformer och i ordinärt boende samt ansvarar för att initiera till kontinuerliga träffar med enheternas kontaktpersoner.

Under 2020 ska fortsatta arbeten ske för att bibehålla de goda resultaten som har uppnåtts och arbeta aktivt med förbättringsområden. Resultaten av dokumenterad munhalsbedömning och smärtskattning med validerat instrument är förbättrade men arbetet fortsätter. Smärtskattning sker alltid men arbetet med att dokumentera om att validerat smärtskattningsdokument används fortsätter.

Den palliativa vården är ett mycket viktigt samverkansområde som till största delen sker med vårdcentralen i Valdemarsvik utifrån professionsansvar.

Att ha denna nära samverkan speglar också att resultaten utvecklas och att det är korta kommunikationsvägar och ledtider vid insatser.

I samverkan med Finspång och Söderköpings kommuner har ett dokument riktat till omvårdnadspersonal tagits fram under 2019; Till dig som vårdar i livets slut.

Munhälsa

Region Östergötlands tandvårdsutförare kontaktar årligen enhetschefer för besök på boenden och i ordinärt boende. Besök görs för kontroll av mun- och tandhälsa .

Årlig obligatorisk utbildning ges även av tandvårdsutföraren till enheternas medarbetare. Inom den palliativa vården är munhälsobedömningar ett fokusområde för 2020.

Demens

Säkerställa en kunskapsbaserad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg för personer, boende i Valdemarsviks kommun, med demenssjukdom. Vården och omsorgen ska vara samordnad och jämlik samt utgå från ett personcentrerat förhållningssätt.

Demensteamet arbetar fortsatt med att sprida kunskap kring demenssjukdom i alla kommunens enheter. Under 2019 har demensteamet handlett omvårdnadspersonal och bistått med information och rådgivning till såväl anhöriga som enhetschefer.

Årets kartläggning över patienter med demenssjukdom är pågående och avser att skapa en övergripande bild av antalet personer med demenssjukdom i kommunen.

Demensteamet har ett aktivt samarbete med Valdemarsviks Vårdcentral och arbetar i enlighet med VPP demens Öster för att säkerställa en bra och mer personcentrerad vård.

Kafé Gärna startades på initiativ från demensteamet och har drivits under året i Ringarum och Valdemarsvik med gott resultat.

Kafét är öppet för person med demenssjukdom och deras närstående för att samlas, få råd och dela med sig av sina upplevelser.

GPS-larm har varit förskrivningsbara sedan början av 2019. Dock har efterfrågan varit under förväntan, trots information till anhöriga och andra berörda. GPS-larmet har även visat sig vara opålitligt i vissa avseenden. Då dessa avvikelser inte har kunnat åtgärdas av leverantören samt bristande efterfrågan har beslutet tagits att avsluta larmavtalet omgående.

Under 2020 planeras vidare arbete med konsultation, anhörigstöd och ökad samverkan mellan olika verksamheter. Nya kartlägnings- och bedömningsinstrument ska implementeras i kommunens verksamheter som ett led i det fortsatta arbetet att utveckla och säkerställa en god hälso- och sjukvård.

Fokus kommer främst att riktas till fortsatt kvalitetssäkring genom handledning, kunskapsförmedling och vidare implementering av BPSD-registret på kommunens enheter.

16 Sammanfattning

Patientsäkerhet

Att arbeta utifrån att upprätthålla en god vård och omsorg innebär:

- Att skydda patienter från vårdskada
- Arbetet skall vara patientfokuserat, kunskapsbaserat och organiserat för att skapa förutsättningar för en säker vård
- Vi måste mäta för att få kunskap och data för att förbättra genom att analysera, göra förbättringar och följa upp via systematiskt kvalitetsarbete på alla nivåer
- Vikten av fortlöpande utbildningar ska vara integrerat i verksamhetens kvalitetsarbete

Mätning måste ske över tid och helst med jämförelser på regional och nationell nivå.

Patientsäkerhetsberättelsen visar att den kommunala hälso- och sjukvården i många avseenden är av hög kvalitet, men att det inom varje delområde finns förbättringsmöjligheter. Angivna förbättringsförslag i patientsäkerhetsberättelsen för 2019 och patientsäkerhetsplanen för 2020 belyser det övergripande arbetet inom hälso- och sjukvården.

En övergripande strategi ska vara att öka riskmedvetenheten hos alla medarbetare genom

följsamhet till riktlinjer och rutiner. Arbetet sker tillsammans med en delaktig vårdtagare för att minska risken för vårdskador.

Patientens egen upplevelse av sin hälsa kopplat till vårdens resultat kan synliggöras när verksamheten arbetar i Teamsamverkan – *Alla yrkesgrupper är viktiga och tillsammans kan vi göra skillnad.*

Engagerade ledare är också viktigt som kan uppmuntra till förbättringsarbete och har fokus på att analysera resultat och risker så att alla arbetar med rätt saker. Regelbundna kvalitetsuppföljningar och åtgärdsprogram kan skapa en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Samverkan på alla nivåer behövs för att skapa en god patientsäkerhetskultur där medarbetarna får goda förutsättningar för att utföra ett patientsäkert arbete.

Valdemarsviks kommun kommer i det dagliga omvårdnadsarbetet och utifrån de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges fortlöpande arbeta för en god och säker vård tillsammans med en delaktig patient.

17 Slutord

Trygg hemma som vision

Sveriges kommuner och regioner skriver i sin framtidsanalys, Hälso- och sjukvården år 2035, om den växande grupp äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov beroende på både åldrande och sjukdom.

Nya former för omhändertagande växer fram som kommer att få stor betydelse i framtiden.

Ett sätt att möta behovet är att olika kompetenser från kommun, region och från andra samhällsaktörer samlas i team runt den äldre.

Resultaten är häpnadsväckande goda. De äldre mår bättre och anhöriga känner sig mer trygga. Ny välfärdsteknologi kommer även att kunna bidra till ökad trygghet och förbättrade möjligheter till självständighet.

Valdemarsviks kommun har infört välfärdsteknik genom att tillhandahålla digitala hjälpmedel som kommit till nytta för medborgare och medarbetare samt har ett pågående arbete för att utveckla ett mobilt arbetssätt med stöd av digital teknik.

Framtida hälso- och sjukvårdsinsatser

Det kommer att ställa stora krav på kommunens framtida hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån behovet av kompetensförsörjning, resurser och kostnadseffektivitet för att kunna ge en patientsäker vård och omsorg med kvalitet.

Genom att följa upp och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamhet och kompetens hela tiden utvecklas. Det finns upparbetade, lättillgängliga och kvalitetssäkrade riktlinjer och rutiner, instrument och verktyg för att säkra vården och enhetscheferna ansvarar för att varje medarbetare har förutsättningar och möjligheter att följa dessa.

För att nå bästa möjliga patientsäkerhet och resultat ska det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärder ha en fortsatt central roll i den kommunala hälso- och sjukvården.

Med målet, ett personcentrerat förhållningssätt, där individen deltar i gemensam planering och är en aktiv part kan vi skapa en hög kvalitet på vård och omsorg när resurser och förmågor balanseras.

Varje möte i den personcentrerade vården ska börja med frågan: Vad är viktigt för dig? Och varje möte avslutas med att tillsammans sammanfatta hur svaret på frågan tagits om hand.

Att förebygga vårdskador minskar onödigt lidande och ger samtidigt en nöjdare patient samt lägre kostnader på sikt.



Genom uppföljningar och kvalitetsbedömningar av de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamheten, och den kompetens som finns, fortlöpande förbättras och utvecklas.

Detta leder till en synlighet och en tydlighet och medger ett kontinuerligt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Valdemarsvik 2020-01-29.

I tjänsten

Marie Schmid *Chef sektor stöd och omsorg*

Lena Borgman Fred *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Stanislau Peryshch *Medicinskt ansvarig för rehabilitering*



(5)

Nämnd.2020.13

Svar på frågor - svar på frågor från sammanträde 2020-01-21

Carina Thuresson (M) ställer en fråga hur det gick med flytt av JK och AME.

Fråga ställs också runt hemsjukvården och avtalet gällande 2019. Det finns ingen omförhandlingsklausul i det så någon uppföljning kommer inte göras, däremot kan man nu arbeta med ett utvecklingsavtal.



(6)

Nämnd.2020.10

Frågor

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

XXXXX

Justerare

.....

.....



(7)

Nämnd.2020.11

Avslutning av sammanträdet

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

XXXXX

Justerare

.....

.....