

Plats och tid: Stora Studion, Funkishuset, 2021-02-16, 08:15:00

- Upprop
- Val av protokollsjusterare

Nr	Dnr	Ärende	Föredragande och ca tid
1	Nämnd.2021.2	Information KS-SOU a) Verksamhetsbesök b) Tillsyner, inspektioner och yttranden c) Aktuellt läge i sektorn d) Covid -19 e) Ekonomi f) Årsbokslut g) Internkontrollplan h) Övrig information	Carin Olofsson kl. 08:15 Marie Schmid Marie Schmid Marie Schmid Marie Schmid & Lotta Burström kl. 09.30 Marie Schmid Marie Schmid
2	KS-SO.2021.6	Patientsäkerhetsberättelse år 2020, patientsäkerhetsplan 2021	Lena Borgman Fred & Sofia Johansson kl. 10:30
3	KS-SO.2021.13	Rapport om personligt ombud 2020	Stefan Bacirtzis kl. 10:50
4	Nämnd.2021.10	Frågor	

Nhela Ali (S)
Ordförande

Frida Andersson
Sekreterare



(1)

Nämnd.2021.2

Information KS-SOU

a) Verksamhetsbesök

b) Tillsyner, inspektioner och yttranden

c) Aktuellt läge i sektorn

d) Covid -19

e) Ekonomi

f) Årsbokslut

g) Internkontrollplan

h) Övrig information

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag



(1)

Nämnd.2021.2

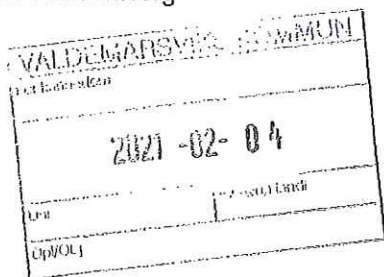
Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



Kommunstyrelsen
Valdemarsviks kommun
615 80 VALDEMARSVIK

Ärendet

Tillsyn av förutsättningar för att ge medicinsk vård och behandling till personer med covid-19 som bor på särskilda boende för äldre i Valdemarsviks kommun.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO har i tillsynen intervjuat medicinskt ansvarig sjuksköterska i Valdemarsviks kommun samt hälso- och sjukvårdsdirektören och representanter för vårdgivaren Region Östergötland. De uppgifter som framkommit vid intervjuerna föranleder inte IVO att vidta någon ytterligare granskning av aktuell kommun. Underlaget har kommunicerats med berörda parter.

Ytterligare information

IVO genomför med anledning av den pågående smittspridningen av covid-19 i Sverige en tillsynsinsats som inriktar sig på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden. Fokus för tillsynen är om de äldre under pågående pandemi, får en individuell bedömning av vårdbehovet och om de får vård och behandling i enlighet med denna bedömning. Tillsynen har i ett inledande skede riktat sig mot alla kommuner och regioner i landet. IVO har i de fall uppgifterna som sammanställts i den inledande tillsynen visat på möjliga brister i vården och behandlingen till de äldre, genomfört en fördjupad granskning.

Under hösten 2020 har spridningen av covid-19 åter ökat i Sverige. IVO följer noggrant utvecklingen och kan med anledning av detta vidta nya tillsynsåtgärder.

För mer information om tillsynen se IVO:s hemsida; ivo.se.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektören Cecilia Eriksson deltagit. Inspektören Gunilla Wivast har varit föredragande.



(2)

KS-SO.2021.6

Patientsäkerhetsberättelse år 2020, patientsäkerhetsplan 2021

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. **Xxxxxxxxxxxxxxxxxx**

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Sektor Stöd och Omsorg
Sofia Johansson
Sofia.johansson@valdemarsvik.se
Lena Borgman Fred
Lena.borgman@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Patientsäkerhetsberättelse år 2020, patientsäkerhetsplan 2021

Förslag till beslut

1. Kommunstyrelsen antar upprättad patientsäkerhetsberättelse för 2020 och patientsäkerhetsplan för 2021.

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

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 2020 utifrån kvalitet och patientsäkerhet. Patientsäkerhetsplanen för 2021 beskriver mål och strategier för hur arbetet ska genomföras.

Nytta för patienten

Att i patientsäkerhetsberättelsen sammanställa hur det systematiska arbetet genomförts inom hälso- och sjukvård under året ger indikationer på resultat som ska observeras inom både det egna vårdgivaransvaret och i samverkan med externa parter.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
Socialchef

Sofia Johansson, MAR
Lena Borgman Fred, MAS



Patientsäkerhetsberättelse 2020 och patientsäkerhetsplan 2021



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.....	7
8 Patientsäkerhetsberättelse	9
9 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
10 Övergripande mål och strategier	11
11 Händelser enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen	13
11.1 Vårdgivaren Valdemarsviks kommun	13
11.2 Boendeformer enligt SoL och LSS, dagverksamheter, dagliga verksamheter.....	14
11.3 Ordinärt boende	14
11.4 Fall	15
11.5 Läkemedelshantering	15
11.6 Synpunkter och klagomål	17
12 Rehabilitering.....	17
13 Övergripande mål och strategier för kommande år	18
13.1 Specifika utvecklingsområden det kommande året.....	19
14 Omvärldsanalys	20
15 Patientsäkerhetsarbete, strategi, åtgärder och Patientsäkerhetsplan.....	21
15.1 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits. Åtgärder och resultat.	24
16 Sammanfattning	28
17 Slutord	29



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.

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 vårdplaner och genomförandeplaner så att patientens förmåga balanseras med personalens stöd i omvårdnaden för att förhindra vårdskador.

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

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 förvaltningens ledningssystem enligt (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 genom att exempelvis 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, distriktsköterska, 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.

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.

Att kontinuerligt följa de negativa händelser som uppkommer i verksamheten via avvikelserapporteringen ingår i enhetschefens ansvar samt att enhetens avvikelser bearbetas, åtgärdas och avslutas.

Enhetschefen tar fram lokala rutiner för den egna enheten utöver de verksamhetsövergripande som finns och 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. Avvikelser skrivs både inom det egna vårdgivaransvaret och adresseras till externa vårdgivare. Strukturer för detta arbete finns i lokala instruktioner och gemensamma med region Östergötland

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 2021 kommer ny genomlysning att göras.

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.

Berörda enhetschefer ska rapportera antal gjorda riskbedömningar i Stratsys. Arbetet sker i teamsamverkan.

Registrering i BPSD registret

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. Demensteamet är ofta delaktiga i bedömning och registrering. 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.

Trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad och ett resultat av tryck.

Patienter med nedsatt allmäntillstånd, nedsatt känsel och nedsatt fysisk aktivitet har en ökad risk att utveckla trycksår.

Det är viktigt att omvårdnadsåtgärder finns som överensstämmer med de risker patienten har samt att de förebyggande åtgärderna fortsätter hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns.

Mätning görs årligen och presenteras under punkt 15.1.

Mätning av följsamhet till basala hygien- och klädregler

Mätning av följsamhet till basala hygien- och klädregler genomförs på enheterna kontinuerligt.

Det är av stor vikt att mäta och analysera resultaten och enheternas förebyggande arbete för att förhindra smitta, se resultat under punkt 15.1.

Arbetsprojekt och förstudie -erfarenheter, lärande och framtidsscenarioer utifrån Covid-19.

FoU-centrum genomförde under hösten 2020 tillsammans med IT Universitetet i Köpenhamn (ITU)



en förstudie med syftet att samla erfarenheter och kunskap från FoU kommuner om hur Corona-pandemin har påverkat verksamheterna inom socialtjänsten och i synnerhet äldreomsorgen samt vad vi kan lära av detta inför framtiden. Valdemarsviks kommun deltar i arbetet.

FoU Centrum har sedan 2016 ett långsiktigt avtalsreglerat samarbete med IT universitetet, Köpenhamn, med huvudfokus på frågor som rör verksamhetsförnyelse och innovationsprocesser på olika nivåer. Forskarna som FoU Centrum samarbetar med vid ITU arbetar med en forskningsbaserad metodik som benämns co-design. Det innebär en samskapande process med ingående parter utifrån ett utvalt ämne/utmaning/problem. I processen förenas faktabaserad kunskap, erfarenheter och nyskapande processer utifrån design och teknologiperspektiv.

Syftet med förstudien är att samla deltagande kommuners erfarenheter från arbetet under Corona-pandemin för att lära av dessa och ta med sig denna kunskap in i framtida verksamheter. Förstudien är i första hand vara fokuserad mot äldreomsorgen och är uppdelad i två steg.

En enkät besvarades av deltagande kommuner under november månad.

Två workshops genomfördes under hösten 2020. Workshopserien belyser hur den nuvarande Corona-pandemin påverkat kommunernas socialtjänst samt vilka negativa och positiva erfarenheter man kan ta med sig i framtiden.

Slutprodukten är de framtidsinriktade scenarier, med slutsatser och rekommendationer som utvecklas genom serien av workshops. Dessa arbeten pågår nu och scenarier kan vara både kommunspecifika och kommungemensamma och dokumenteras.

Målbilden är att ta fram en sammanställning av kommunernas erfarenheter och diskussion kring framtiden där bland annat följande ingår:

- Vad Corona-pandemin medförde
- Vad vi har lärt oss under Corona-pandemin
- Erfarenheter vi kan använda i framtida arbete
- Betydelsen för framtida verksamheter ur olika synvinklar
- Varje deltagare får också möjlighet att lära sig ett par vetenskapliga metoder och verktyg som kan stödja utvecklingsarbete i deras egna kommuner.

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. MAS och MAR genomför händelseanalyser i det övergripande patientarbetet.

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 sektor stöd och omsorg under 2020 har till stor del berört säkerhetsarbete och verksamhetsnära analyser med koppling till covid-19 pandemin.

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.

Under 2020 har egenkontrollerna varit till största delen varit riktade mot den pågående pandemi som medfört både personella och strukturella förändringar inom sektor stöd och omsorg.

Vårdhygien

Egenkontroller är genomförda för att säkerställa de vårdhygieniska aspekterna både utifrån det egna vårdgivaransvaret och utifrån ett större fokus för att hindra smittspridning.

Egenkontrollerna har varit utformade för att inventera aktuellt kunskapsläge och säkerställa korrekt användning av skyddsutrustning och har både varit riktade till enhetschefer och medarbetare. Det har visat sig vara kvitto på att verksamheterna arbetar utifrån Smittskydd i Östergötland och Vårdhygiens anvisningar. Observationsmätningar, självskattningar och egenkontroll av enheternas smittförebyggande arbete har genomförts, se punkt 15.1

Teamsamverkan

Arbeten för att säkerställa strukturer för arbetssätt, kommunikationsflöden mellan professioner inom det egna vårdgivaransvaret och för optimal samverkan har pågått under 2020. Dessa möten blir utformade som egenkontroller då man säkerställer att uppföljningar av beslut, ordinationer, arbetssätt mm görs. Som exempel har teamsamverkansmöten varit en god samverkansform för att kunna följa patienternas behov av resurs och kompetens och tidigt identifiera behov .

Verksamheten har skapat en tydlig struktur för enheternas teamträffar och ledningsmöten bidrar till trygghet och samverkan mellan professioner.

Egenkontroller

Nya samverkansytor för egenkontroll har tillkommit under året:

- Samverkansmöten med smittskydd och vårdhygien
- Lokala och externa möten om vaccinationsplanering

Kontinuerliga egenkontroller:

- Resultat i palliativa registret
- Mätning av följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Mätning av förekomst av trycksår
- Enhetschefernas vårdhygieniska egenkontroller
- Sammanställningar av avvikelser
- Kontinuerliga samverkansträffar med enhetschefer och legitimerad personal
- Teamträffar på enheterna eller via länk
- Patientsäkerhetsmöten med MAS, MAR och enhetschefer.
- Läkemedelsråd
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Regelbunden internkontroll av lyftselar

Kvalitetsgranskning och egenkontroller

Att kvalitetsgranska verksamheter är ett verktyg för bl.a. 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.

Den övergripande kvalitetsgranskningen av MAS och MAR ansvarsområden analyserar flera områden och hur enheterna arbetar med dessa ex rehabilitering, läkemedelshantering, medicintekniska produkter, delegering, vårdhygien, fall och vård i livets slutskede

Kvalitetsgranskning stimulerar även verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Kvalitetsgranskning genomförs under 2021.



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

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad enligt lag, föreskrifter och allmänna råd. Hänvisningar finns vid varje avsnitt till dessa.

9 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9,4 kap.6 §,7 kap. 2 § p 3

Samverkan och kommunikation

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur den kommunala vård och omsorgen samverkar inom den egna verksamheten och med andra vårdgivare eftersom brister i kommunikation ofta är en orsaksfaktor vid vårdskador. För detta behövs fungerande rutiner, bra kommunikationsvägar och system så att oklarheter och missförstånd elimineras.

Ansvar

De professioner som behövs för att få en komplett bild av patientens behov ska delta vid planering av vård och behandling.

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

Patient och närstående deltar i planering och genomförande av vården. Tydlig information ska ges om vård och behandling och önskemål om vård och behandling ska tillfrågas.

Patienten kan även bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet i sin egenvård.

Samverkan med hjälp av digitala verktyg

Under 2020 har digital samverkan inom den egna verksamheten och med andra vårdgivare varit avgörande för att öka patientsäkerheten.

Det gemensamma IT stödet Cosmic Link mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland används för informationsöverföring och vid kallelse till samordnad individuell planering (SIP) i både slutna och öppna hälso- och sjukvård. I varje kommun har nyckelpersoner uppdraget 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 journaldokumentation till NPÖ2.0.

Införandet av pilotprojektet Lifecare mobil omsorg (LMO) under 2020 har stärkt den interna samverkan och anpassningar till arbetssätt med digitala IT-stöd. Delegerad omvårdnadspersonal kan i mobilen se uppdragen om läkemedel som ska ges och rehabiliterande insatser som ska utföras. Det innebär att signeringslistor på papper kommer att tas bort när uppkopplingen inom kort sker till den digitala kontrollsigneringen.

Arbetssättet säkerställer i hög grad att det inte förekommer glömda läkemedelsdoser eller rehabiliteringsinsatser då uppdragen hos patienten måste klarmarkeras innan hembesöket kan avslutas.

Brukare med hemtjänst har möjlighet att handla digitalt med stöd av närstående eller omvårdnadspersonal. Också ett arbetssätt utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer för att minska risken för covid-19 smitta. För att motverka isolering under pandemin finns möjligheten



för brukare på särskilda boenden att kommunicera med närstående via iPad..

Samverkan på övergripande ledningsnivå under 2020.

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 att säkerställa samverkan.

Samordnad vård och omsorgsplanering i samband med slutna vård. In- och utskrivning till sjukhus

Gemensamma riktlinjer finns för länets kommuner och region Östergötland för att säkerställa personcentrerade och samordnade insatser på rätt vårdnivå där organisatoriska gränser inte påverkar personens upplevelse av trygghet och säkerhet. Dokumentet är reviderat under 2020 för att säkerställa följsamhet vid in- och utskrivning från sjukhus.

Samverkan i uppdraget om primärvårdsansluten hemsjukvård PAH

Vårdcentralen i Valdemarsvik och Valdemarsviks kommun startade 2002 samverkan i ett gemensamt ansvar om avancerad mångprofessionell vård dygnet runt.

Målet är att åstadkomma högsta möjliga livskvalitet och trygghet för såväl patient som närstående. Personalteamet består av ett multiprofessionellt team utifrån den enskildes behov där även avancerad medicinsk utrustning kan tillhandahållas. Den specialiserade hemsjukvården ska vara ett alternativ till sjukhusvård.

Vårdsamverkan Valdemarsvik

Valdemarsviks kommun har under 2020 tillsammans med primärvården i Valdemarsvik fortsatt sin samverkan för en nära vård. Valdemarsviks kommun har med utgångspunkt om behovet av samverkan för en sömlös vård och omsorg fortsatt att initiera till nya metoder och arbetssätt.

Digitala kontakter mellan sjuksköterska och läkare vid konsultationsronder fungerar bra. Det är ett arbetssätt som både ger tidsvinster, en tydlig struktur och en mobilitet i verksamheten. Områden som tidigare integrerats i samverkan inom sårbehandling, demens och diabetes är nu i drift med tydliga ansvar för professionerna.

Konceptet Hemsjukhuset har ytterligare utvecklats under 2020 med möjligheten för kommunens leg sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter att dagligen kunna boka in hembesök av läkare till patienter med behov. Det ger en ökad flexibilitet, snabbare omhändertagande och möjligheten att kunna stanna hemma och inte akut åka till sjukhus. Området rehabilitering har inte kunnat genomföras i samarbete med Rehab Öst till följd av covid19.

Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp (MALG)

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 socialchefs nätverket.

Samverkan för att eliminera smitta /samverkan med smittskyddsenheten

2020 har varit ett år med stora utmaningar för att hindra smitta av covid-19 samt att skydda vid smitta.

Det har varit en nära samverkan med enhetscheferna för att stödja i deras ledningsansvar och i samverkan med leg personal för att stödja omvårdnadspersonal och tydliggöra vårdens utformning. De resurser som ansvarat för specifika områden ex skyddsutrustning och transporter av dessa är en god kvalitetssäkring. Det har funnits skyddsutrustning under hela tiden som behovet funnits.

Externt har Region Östergötlands smittskyddsenhet och vårdhygien skapat strukturerna för Östergötlands län i arbetet med att eliminera covid-19.

Covid-19 viruset uppträder annorlunda och ger inga symtom hos en del bärare. Detta är en av de



största riskerna för att kunna förebygga smitta och har krävt skyddsutrustning utifrån försiktighetsprincipen när det varken finns misstanke eller bekräftad smitta.

Denna samverkan har under 2020 ytterligare utvecklats i samband med utbrottet av covid-19 pandemin. Region Östergötland har ledningsansvaret utifrån det smittförebyggande och åtgärdande arbetet via smittskyddsläkare samt med stöd av vårdhygienisk expertis. Beslut tas om de arbeten som övergripande ska genomföras för att förhindra och eliminera smitta.

Gemensamma möten med ledningsfunktioner från både regionen och kommunerna i länet har drivit arbetet framåt.

Flera samhällsfunktioner, Länsstyrelsen och socialstyrelsen mm har utifrån sina uppdrag deltagit.

Den interna samverkansstruktur som byggdes upp i samband med att pandemin startade har under året fortsatt sitt arbete. Det har inneburit att flera professioner fått väsentligt förändrade och utökade arbetsuppgifter.

Arbetsuppgifterna har varit nya och det har också inneburit att kommunerna fått ansvar för att vårda patienter med bekräftad covid-19. Beslut har tagits som inte tidigare varit på agendan ex att öppna upp covidenheter och att följa regeringens beslut om besöksförbud på äldreboenden.

Intern samverkan

Under 2020 infördes strukturerad dokumenterad kommunikation enligt SBAR (Situation, Bakgrund, Analys, Rekommendation) i Life care samt Lifecare meddelandefunktion. Målet var att säkerställa strukturerad muntlig kommunikation vid teamträffar. Dokumentet ger en god förstärkning för kommunikation.

Ytterligare exempel på samverkansform mellan Region Östergötland och länets kommuner:

- Läke-medelsråd i öster
- Östra länsdelen – Avvikelser mellan vårdgivare, LSÖ
- Länsgrupp– Hjälpmedelsråd med arbetsgrupper
- Länsbrukarråd – hjälpmedel
- Kundmöten medhjälpmedelsleverantören
- Länsövergripande samverkan Medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR).
- Styrgrupp – Regionen, länets kommuner, hjälpmedelsleverantör och hjälpmedelskonsuler.
- Länsgrupp – Inkontinensfrågor
- Nätverk rehabilitering – Samverkan rehabilitering och LSS
- Läns-samverkan med Tandvårdsenheten
- Operativ samverkan öster, OSÖ har fortsatt under 2020

10 Övergripande mål och strategier

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

Många arbeten inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger till grund utifrån statliga utredningar och beslut. Under 2020 har både handlingsplaner och presenterats för att stärka den svenska hälso- och sjukvården.

Framtidens vård

Under 2020 har en Nationell handlingsplan tagits fram av socialstyrelsen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Handlingsplanen ska stödja, utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet i Sverige och i den fortsatta planen stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador.



Fyra grundläggande förutsättningar för att minska vårdskador (grön text i cirkeln).

Fem prioriterade fokusområden som också utgör strukturen för de nationella åtgärderna i handlingsplanen (blå text i cirkeln).

Valdemarsviks kommun använde handlingsplanens område "öka riskmedvetenhet och beredskap" och analyserade tillgången till skyddsutrustning. Att analysera vikten av utbildningsinsatser för att använda personlig skyddsutrustning ses i "en god säkerhetskultur".

Med den Nationella handlingsplanen som stöd har både covidlådor och covidpärmar tagits fram till alla medarbetare för att säkerställa kunskap, information och användande av skyddsutrustning. Inom området "säker vård här och nu" görs bedömningar om personalflöden mellan enheter för att eliminera smitta och att alltid arbeta utifrån senaste information från statliga myndigheter och i samverkan med smittskyddsensheten.



Inriktningen för en nära och tillgänglig vård- Prop primärvårdsreform 2019/20:164

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som en del av primärvården

Riksdagen röstade under hösten 2020 ja till att hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.



Tillgängligheten lyfts som en indikator för att primärvården ska kunna bli den första vårdnivån för patienten som då leder till att sjukhusens akutmottagningar avlastas.

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller i ordinärt boende beskrivs vara huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå och inkluderas i primärvårdsreformen.

Lagändringarna börjar gälla 1 juli 2021. SKR har under våren 2021 bjudit in till webbmöten för både politiker och tjänstemän för att arbeta fram strukturerna för omställningen till en Nära vård.

Nationella Läkemedelslistan

Det pågår arbeten i hela Sverige för en ny inloggningsplattform via en säker inloggningsmetod.

Den nationella läkemedelslistan (NLL) 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. Just nu är arbetsplanen att NLL ska vara i skarp drift i hela Sverige 2023.

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 inriktningsbeslut 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 ordinarören, nästan alltid, finns hos en annan huvudman än där läkemedlet ska hanteras. 2021 kommer att visa hur arbetet fortskrider.

Smittförebyggande arbete

Det smittförebyggande arbetet kommer fortsatt att vara ett grundläggande arbetssätt för att förhindra smitta och skydda om smitta uppstår och att säkerställa den patientnära vården ex att korrekt använda skyddsutrustning och följsamhet till basala hygien och klädrutiner genom utbildningar.

Utbildningsinsatser till medarbetare, både webbaserade och fysiskt på arbetsplatsen har varit väsentliga för att säkerställa kunskap och handhavande och fortsatta arbeten kommer att ske under 2021 utifrån aktuellt nuläge.

Nationella riktlinjer – Målnivåer Vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan åtgärd.

Målnivåerna ger hälso- och sjukvården och socialtjänsten tydliga kvalitetsmål att arbeta mot under kommande år samt bidrar till en god och jämlik vård och omsorg.

Idag finns målnivåer inom ett tiotal riktlinjeområden.

11 Händelser enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen

Valdemarsviks kommun har under 2020 gjort en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Anmälan berörde området hjälpmedel och brister identifierades gällande utbildning till medarbetare för säker hantering av lyft och lyftsele.

IVO har återkopplat till verksamheten att de är nöjda med de åtgärder som tagits fram för att förhindra att händelsen inte inträffar igen.

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.

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 allvarlig 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.

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 Boendeformer enligt SoL och LSS, dagverksamheter, dagliga verksamheter

Totalt	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	581	+10 avvikelser	Ökat 1.7%
2019	492	-89 avvikelser	Minskat 15.3%
2020	526	+34 avvikelser	Ökat 6.9%

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	267	-26 avvikelser	Minskat 8.8%
2019	258	-9 avvikelser	Minskat 3.4%
2020	284	+26 avvikelser	Ökat 10%

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	314	+36 avvikelser	Ökat 12.9%
2019	234	-80 avvikelser	Minskat 25.5%
2020	242	+8 avvikelser	Ökat 3.4%

11.3 Ordinärt boende

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



Totalt	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2020	387	-162 avvikelser	Minskat 29.5 %

Fall	Antal fall	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	295	+36 avvikelser	Ökat 13.9%
2019	394	+99 avvikelser	Ökat 33.6%
2020	292	-102 avvikelser	Minskat 25.9%

Läkemedel	Antal avvikelser	Antal förändring/år	% förändring/år
2018	152	-17 avvikelser	Minskat 10.1%
2019	155	+3 avvikelser	Ökat 1.9%
2020	95	-60 avvikelser	Minskat 38.7 %

11.4 Fall

Under 2020 har kommunens särskilda boendeplatser utökats för personer med demenssjukdom, vilket tros kunna vara en anledning till att antalet fall på särskilda boenden ökat då en försämrad insikt kring sin egen förmåga gör att fallrisken är högre och i vissa fall svårare att åtgärda.

Patienter bor kvar och vårdas i hemmet i större utsträckning. Vikten av insatser för att minska fall i ordinärt boende har fortsatt prioriterats och förebyggande rehabiliteringsinsatser har genomförts i kommunen under året med målet att alla personer med identifierad risk för fall ska erbjudas hembesök och få kontinuerliga bedömningar och teambaserade fallpreventiva åtgärder. De svagt positiva siffrorna kring minskat antal fall i hemmet skulle kunna vara ett resultat av de senaste årens fallförebyggande arbete.

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

Socialstyrelsen arrangerade även 2020 den årliga nationella Balansera mera veckan för att förhindra fallolyckor. Balansera mera-påsar har delats ut av arbetsterapeuter och fysioterapeuter innehållande socialstyrelsens fallförebyggande material i form av årskalender 2021, socialstyrelsens fallförebyggande information samt skriftlig information om stödinsatser som finns att tillgå i Valdemarsviks kommun så som demensteam, anhörigstöd och fixarservice.

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 symptom och det kräver att dokumentation, korrigeringar i ordinationer och att aktuella ordinationshandlingar finns som underlag vid iordningsställande och administrering av



läkemedelsdoser.

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

Resultatet för 2020 visar att den totala andelen läkemedelsavvikelser har minskat med 13.4%. I antal är det 52 avvikelser. En stadig minskning av avvikelserna som förväntas fortsätta med breddinförandet av digitalt bekräftade läkemedelsdoser. Arbetssättet med digital signeringskontroll i mobilen att läkemedel givits säkerställer i högre grad att patienten får sitt läkemedel eftersom hembesöket inte kan klarmarkeras förrän alla insatser som finns bokade är gjorda.

Andelen patienter med läkemedelsinsatser

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 det grundläggande.

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 vid mätningstillfället.

Avvikelser 2020

Under 2020 beräknades att läkemedel i genomsnitt administrerades vid 202 575 dostillfällen. Antalet patienter var 185 personer (185 x 3 adm tillfällen i genomsnitt/dag x 365 dagar). Det ger 202 575 dostillfällen. Antal avvikelser har minskat med 52 st.

Varje dag ges läkemedel på 555 dostillfällen och i genomsnitt skrevs 0.92 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 antalet personer som har haft stöd i sin läkemedelsterapi och antalet dostillfällen.

Övergripande arbeten 2020

- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering 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 återskriver åtgärdsplaner samt implementerar resultat i alla kommunens verksamheter inom hälso- och sjukvårdsansvaret för att optimera kvalitet och säkerhet i läkemedelshantering.
- Läkemedelspärmen som finns i varje medicinskåp innehåller nu endast dokument som berör läkemedelshantering.
- Kunskapsprov inför läkemedelsdelegering görs i webbmodul framtagen av SKR. Delegeringsprocessen är kvalitetssäkrad. Arbetsflöden och utbildningsintervaller är reviderade med utveckling av semesterperiodens delegeringar.
- Enhetschefer i hemtjänst säkerställer med införande av digital signeringskontroll att behörig personal som har delegering fördelas korrekt på alla uppdrag. Detta tydliggörs i schemaplaneringen.



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

Det rehabiliteringsprojekt som bedrivits under de senaste åter har resulterat i en förvaltning av satsningen och numera bedrivs ett aktivt arbete för att förbättra och effektivisera rehabteamets insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Arbeten som berör rehabiliterandeinsatser är ett pågående kvalitetsarbete. Ändringar i patientens rehabiliterande insatser följs regelbundet upp av rehabiliteringspersonalen utifrån förändrade behov. Patientens delaktighet är viktigt för att utfallet men även patients förmåga att ta till sig information gällande rehabilitering. Rehabilitering utförs av rehabiliteringspersonal samt genom HSL-uppdrag då behovet bedöms kunna tillgodoses med stöd av omvårdnadspersonal.

Arbetsgruppen för rehabilitering bedöms ha en god förmåga att identifiera behov av förbättring inom sin egen verksamhet och bedriver förbättringsarbeten på olika nivåer inom verksamheterna. Ett exempel är att det under året har det satsas extra på att öka närvaron inom kommunens LSS-verksamheter. I samband med detta har samarbetet förbättras och personalen efterfrågar nu i större utsträckning kognitiva hjälpmedel samt bildstöd ifrån rehab/arbetsterapeut. Det har även i samarbete med demensteamet fokuserats på att införa kartläggning av tidiga tecken för att upptäcka försämrade funktioner och sjukdom hos äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning i samarbete med demensteamet.

Genom stärkt teamsamverkan samarbetar verksamheterna för att säkerställa en god och säker vård. Möten blir även mer tidseffektiva och fokuserar på att arbeta fram tydliga mål kring gemensamma insatser och är ett bra forum för tvärprofessionellt samarbete som förbättrat kommunikationen och ökat patientsäkerheten.

Övergripande arbeten 2020

- Målet under 2020 har arbetet fortsätta med att arbeta för att bevara teamträffarnas struktur och effektivisera dessa ytterligare genom att återinföra SBAR-systemet för bättre strukturerad och säkrare överrapportering. Genom att använda Skype har teamträffar kunnat genomföras trots pandemin.
- Det samarbete som startades mellan kommunens biståndshandläggare och rehabiliteringspersonal med regelbundna sammanträden. Målet med samarbetet är att rehabiliteringspersonal med hjälp av biståndshandläggare i ett tidigt skede ska komma i kontakt med riskgrupper och förebygga eventuellt behov av kommunala insatser. Individier som ansöker om duschhjälp och trygghetslarm har varit målgruppen under 2019. Målet var 2020 att upprätthålla och förbättra samarbetet mellan biståndshandläggare och rehabteamet, utföra fler gemensamma hembesök samt bredda målgruppen för att bistå flera inom riskgruppen med rehabiliteringsinsatser. Detta har varit till följd av covid-19 en utmaning och är ett område som det kommer att fortsätta arbetas med under 2021.
- Förflytningsutbildningar planerades att återupptas Q1 2020. Utbildningar fick pga. av ekonomiska neddragningar och pandemi avbrytas. Det pågår nu ett arbete för att kunna starta upp utbildning igen och med att hitta en lösning som inte i lika stor utsträckning påverkas av behov av att träffas i grupp då utbildningsbehovet är stort och eftersatt.
- Till följd av covid-19 har arbetet med rehabombuden har inte varit aktivt under 2020. Arbetet kommer att återupptas så snart som möjligt och tidigare planeringen med inriktning



- förflyttningsproblematik vid demenssjukdom kvarstår.
- Tidigare uppmärksammande brister gällande utebliven signering av rehabinsatser har uppmärksamats under 2020 och lett till ett förbättringsarbete. Under 2020 har signeringslistorna förenklats samt att rehabiliteringspersonen fortsatt ge tydlig information om vikten av signering av ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser vilket bidrog till ökad följsamhet. Bristande följsamhet gällande rehabiliterande HSL-insatser är inte unikt för Valdemarsvik och ett läns-gemensamt samarbete pågår med vikten av att ta kontroll över att åtgärderna blir utförda. Som tidigare nämns så har införandet av Life Care Mobil Omsorg som tros kunna bidra positivt till detta försenades pga av tekniska problem. Uteblivna signeringar kommer då kunna upptäckas i ett tidigt stadié.

13 Övergripande mål och strategier för kommande år

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

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 ex på teamträffar kan det systematiska förbättringsarbetet stärkas och det är då som aktiviteter för ökad patientsäkerhet blir effektiva.

Nära vård

Samverkan ligger fortsatt 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. Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Det är snarare ett nytt sätt att fortsatt arbeta med hälsa, vård och omsorg.

En nära vård är alltid personcentrerad och kräver samverkan mellan olika aktörer och modellen med Hemsjukhuset är en inspirationskälla för att utveckla en sömlös organisation. Det är ett arbetssätt som infördes på en vårdcentral i Borgholm och har fått stor uppmärksamhet för fokuseringen på patientens behov. En framgångsfaktor är att kommunen och primärvården fortsätter att samverka så att patienten inte ska behöva åka till sjukhus i onödan.

SKR kommer under 2021 att ha seminarier under vården för ledningspersoner och förtroendevalda för att gemensamt ta fram handlingsplanen för omställningen till Nära vård och omsorg.

Kontroll av vårdhygienisk standard

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

Arbetet fördjupades under 2020 och utökades med egenkontroller för att förhindra smittspridning och för att öka kunskapen om smittförebyggande arbeten på alla enheter. Webbutbildning om basala hygien- och klädregler, handhavande av skyddsutrustning, observationsmätningar och självskattningar är också genomförda av medarbetarna. Enhetschef har genomfört egenkontroller för att säkerställa en god hygienisk standard.

2021 fortsätter arbetet i ett årshjul med observationsmätningar, självskattningar och egenkontroller på respektive enhet samt deltagande i SKR mätning. Den nya webbutbildningen från socialstyrelsen om basala hygien- och klädrutiner kommer att lämnas ut i början av 2021 och alla medarbetare genomför utbildningen..

Vikten av underhåll och rengöring av medicintekniska produkter ska understrykas ytterligare då detta framstår som ett tydligt förbättringsområde.

Nationella Läkemedelslistan

E-hälsomyndigheten kommer att bjuda in till webbmöten under 2021 för att förbereda för den nationella läkemedelslistan.



Ökad följsamhet av ordinerad rehabilitering

Ett arbete har pågått under flera år gällande följsamhet av utförande och signering av rehabiliterande insatser. Målet är att rehabilitering ska värderas och hanteras på samma sätt som ordination av läkemedel. En länsgemensam mätning gällande signering för att se följsamhet till rehabiliterande HSL-insatser kommer att utföras som uppföljning på den mätning som genomfördes 2019.

Mål taget i Arbetsutskott VPP Demens Östra länsdelen utifrån nationell riktlinje demens

Fokusområde 2021: Regelbunden uppföljning för personer med demenssjukdom. För indikatorn andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna har Socialstyrelsen fastställt målnivå ≥ 90 %.

13.1 Specifika utvecklingsområden det kommande året

E-hälsa och välfärdsteknologi

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

Länsgemensam utvecklingsledare ska tillsammans med kommunerna och regionen utveckla de övergripande e-hälsofrågorna och under 2020 har regionen analyserat möjligheterna för länets kommuner att ta del av dokumentation i cosmic och erbjudit kommunerna inloggningsmöjligheter. 2021 kommer att visa hur kommunernas åtkomst till region Östergötlands journaldokumentation kommer att se ut.

Valdemarsviks kommun fortsätter att planera för nya arbetssätt. Förberedelser inför digitala strukturer inom ekonomiskt bistånd och e-tjänster har genomförts i prioriterade införandeprocesser. Under 2021 kommer samverkan med Söderköpings kommun att utvecklas inom IT och digitalisering. IT medverkan är en stor framgångsfaktor och en förutsättning för att kunna komma vidare inom området.

Digital signering av läkemedelsdos samt rehabiliterande insatser

Breddinförandet av det digitala mobila arbetssättet för kontrollsignering av läkemedelsadministrering och rehabiliterande insatser inom stöd och omsorg kommer att följas under 2021.

Leverantören har under en stor del av 2020 inte lyckats tillgodose de tekniska förutsättningarna för den digitala signeringskontrollen utifrån den tidsplan som var överenskommen och det har även krävts mer omfattande grundarbeten i verksamheten innan projektet kunnat starta.

Det finns en införandegrupp under ledning av systemförvaltare som tillsammans med enhetschef och medarbetare praktiskt arbetar med tekniken och fortlöpande säkerställer funktionaliteten så att det mobila arbetet bredare kan införas i verksamheten under 2021.

Det nya arbetssättet medför att schemalaggnings säkerställer att delegerad personal är på plats som kan utföra åtgärden innan man kan klarmarkera uppdraget .

Vårdsamverkan i Valdemarsvik, Nära vård

Arbeten fortsätter i samverkan med region Östergötland för att inventera möjligheterna för Valdemarsviks kommun och primärvården i Valdemarsvik i en gemensam byggnation utveckla en sömlös organisation. Samverkan mellan kommunen och vårdcentralen har givit utrymme för nya innovativa arbetssätt och metoder utanför befintliga strukturer.

Inför 2021 ska gemensamma arbeten fortsätta för samverkan inom området Nära vård.

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.



Arbeten pågår för att integrera möjligheten för att kunna ge blodtransfusion för specifika patientgrupper samt att gemensamt bevaka att resursen Mobil röntgen som region Östergötland erbjuder används. För patienten ger det många vinster då undersökningen genomförs på hemmaplan och patienten inte behöver åka till sjukhus om inte resultatet visar att åtgärder måste göras.

Fokusområde 2021: Regelbunden uppföljning för personer med demenssjukdom.

Hur arbetet med Arbetsutskott VPP Demens Östra länsdelen fokusområde ska ske på lokal nivå har inte kunnat fastställas än. Datum för möte med den lokala kvalitetsgruppen är fastställt och kallelse skickad.

Rehabombud

Målet under 2021 är att utse personer och förtydliga rehabombudens uppdragsbeskrivning så att det finns ansvariga att driva och förvalta uppdraget.

Hemrehabilitering

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 under kommande år där teamträffarna ligger som en grund för dessa diskussioner.

Förberedande arbete pågår för att ytterligare säkerställa trygg och säker utskrivning från sjukhus.

14 Omvärldsanalys

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

Att gemensamt möta ett behov av vård och omsorg utifrån utbrott av covid-19

Både lokalt och länsgemensamt har fortlöpande arbeten gjorts under 2020 för att tillsammans med Region Östergötland arbeta för en god sammanhållen vård och omsorg. Stora gemensamma arbeten för att gemensamt hantera utbrottet av covid-19 har krävt samverkansinsatser på alla nivåer för att hantera en mycket allvarlig situation.

Samverkan har mycket tydligt krävt hela verksamheternas engagemang och följsamhet till gemensamma och lokala direktiv och arbetssättet har riktats till hela Sverige för att skydda mot covid-19 smitta. Det är en stor utmaning och det finns mycket lite erfarenheter att förlita sig på men inriktningen är mycket tydlig att på bästa sätt ta kontrollen över covid-19.

Lokala samverkansmöten och kontinuerliga träffar med smittskydd och vårdhygien, ledningsmöten med kommunerna och regionen och kontinuerliga möten med Ledningsgruppen och stab har genomförts för att gemensamt skapa strukturer för att eliminera risker och spridning av covid-19. Covidenheten har varit en alternativ plats för vård och behandling av patienter med covid-19 .

Arbetet kräver dagliga gemensamma insatser. 2020 har kännetecknats av en god samverkansstruktur och mycket fokus för att tillsammans eliminera pandemin genom att systematiskt analysera risker och arbetssätt för en god kvalitet och säkerhet.

Det är många framgångsfaktorer som har visat sig vara väsentliga för att skydda patienten från covid-19 smitta, men kunskapen till alla medarbetare om arbetssätt, information om hantering av skyddsutrustning, följsamhet till basala hygien- och klädrutiner, utbildningar, egenkontroller och stöd från ledningen är den grundläggande delen som skapat trygghet i en helt ny vardag.

2021

Det är mycket svårt att förutsäga hur 2021 kommer att bli i det fortsatta arbetet att bekämpa den pandemi som pågår och utvecklingen av smittspridning. I nuläget har vaccinationerna för att



motverka spridning av covid-19 startat på äldreboenden. I Folkhälsomyndighetens vaccinationsplan finns tydligt beskrivet hur planeringen ska fortgå till dess att samtliga personer i befolkningen som är 18 år och äldre samt personer som är under 18 år och tillhör en riskgrupp erbjudits vaccin.

I nuläget fortsätter rutinerna som finns att gälla. Skyddsutrustning används och tiden får utvisa vilka besked som kommer från Folkhälsomyndigheten och från regionernas smittskyddsenheter.

Tillgången till vaccin kommer att spegla vaccinationstakten och antal företag som får godkänt för användande.

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 avvikelshantering 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 2020 har verksamheten skickat 12 avvikelser till andra huvudmän och mottagit 18 avvikelser. Avvikelseberör mestadels ärenden vid in- och utskrivning till slutet hälso- och sjukvård.
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 arbetsätt 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. Arbetet fortsätter under 2021 med att upprätta åtgärdsplaner utifrån resultat samt säkerställa att alla personer registreras i palliativa registret samt att underlaget för registreringar är korrekt.
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 säbo. Arbetet fortsätter under 2021 med förbättringar i dokumentationsstrukturen. Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att dokumentationsutbildningarna för leg personal genomförs. De ska vara kontinuerliga under året och är obligatoriska.



Patientsäkerhetsarbete och mål	Strategi och åtgärder	Resultat och plan
Följsamhet till SKRs patientsäkerhetsarbete. Förekomst av trycksår.	Årlig mätning	Se resultat 15.1
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 2021.
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 2021 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 producer till NPÖ.



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 säsöenheterna årligen samt utföra munhälsobedömningar och informera/utbilda personal. Dock har Tandvårdsgruppen Region Östergötland under vissa delar av pandemin tagit beslut om att inte besöka boendeenheter i det förebyggande utbildningsarbetet till medarbetare. Det är dock av stor vikt att nödvändig tandvård ges vid behov och inte försenas.	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 2021 för att säkerställa att patienter som önskar och har behov får kontakt med tandvården och hembesök vid behov. All personal ska erhålla årlig utbildning från tandvården enligt avtal men under pandemin har inte det genomförts enligt beslut av region Östergötland. Enhetschef ansvarar för att samverkan sker med tandvårdsutföraren. 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 2021.
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 Palliativregistret

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.

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.

Valdemarsviks kommun Kvalitet 2019



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 levnadsveckan 82.6%,
Dokumenterat brytpunktsamtal 97.8%,
Smärtskattning med vedertaget instrument 89.1%,
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 95.7%

Valdemarsviks kommun 2020



Resultat 2020

Utan trycksår vid dödsfallet 86.5% (målvärde 90%)

Ordinerat injektionsläkemedel mot ångest vid behov 100% (målvärde 98%)

Ordinerat injektionsläkemedel stark opioid vid smärta 100% (målvärde 98%)

Dokumenterad munhälsobedömning sista levn veckan 76.9% (målvärde 90%)

Dokumenterat brytpunktsamtal 94.2% (målvärde 98%)

Dokumenterad smärtskattning med vedertaget instrument 76.9% (målvärde 100%)

Mänsklig närvaro i dödsögonblicket 88.5% (målvärde 90%)

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

- Bedömningar om munhälsa görs, men dokumentationen i verksamhetssystemet har inte varit optimal, utan ordinationerna som berör munhälsa skrivs på de dokument som används för signering för kontroll av utförda åtgärder. Dokumentationen ska skrivas i verksamhetssystemet.
- För de personer som avlider hastigt kan inte vissa registreringar klarmarkeras. Det medför ett negativt utfall i spindeldiagrammet.
- Förbättringsområde ses att dokumentera vilket smärtskattningsinstrument som används vid mätningen.
- För att garantera att alla palliativa registrets målvärden dokumenteras korrekt i palliativa registret har frastexter skapats i verksamhetssystemet. Det säkerställer att alla målvärden har ett resultat som kan registreras av all legitimerad personal. Detta framstår som ett område som har bidragit till lägre resultat.
- Det säkerställer samtidigt att den som registrerar inte kan dokumentera vet ej. Dokumenteras vet ej blir resultatet nej i palliativa registret

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.

Åtgärder 2021

Under 2021 ska fortsatta arbeten ske för att utveckla den palliativa vården, arbeta aktivt med identifierade förbättringsområden och att säkerställa att alla områden kan registreras korrekt. Att optimera samverkan mellan sjuksköterska och rehab är av stor vikt med fokus på det trycksårsförebyggande arbetet.

Kontroll av resultat i palliativa registret ska följas varje månad och lyftas med leg personal och

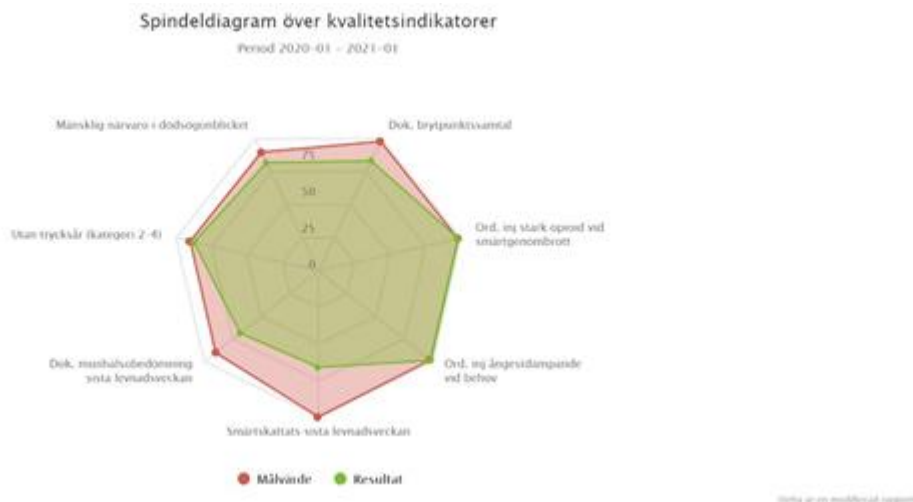


enhetschefer för att identifiera resultat på patientnivå.

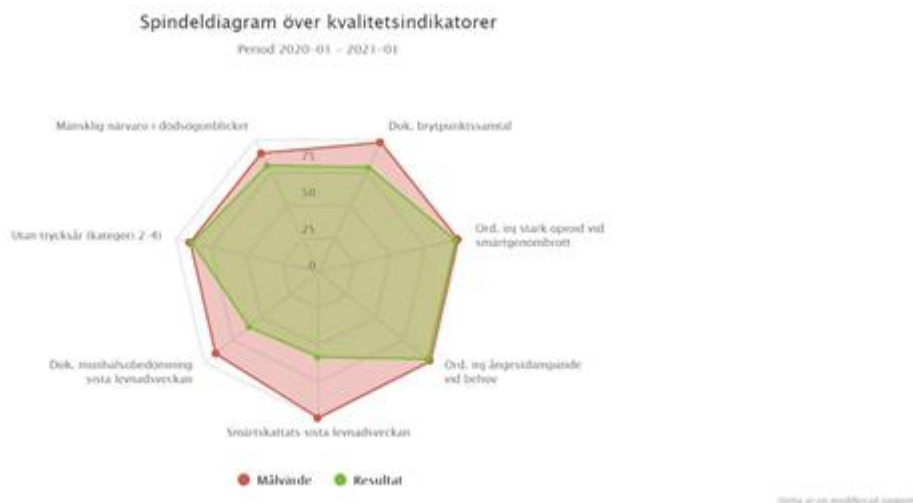
Den palliativa vården är ett mycket viktigt samverkansområde som till största delen sker med vårdcentralen i Valdemarsvik utifrån professionsansvar.

Att ha denna nära samverkan speglar också fördelen med korta kommunikationsvägar och ledtider vid insatser.

Jämförelsevärde Resultat Östergötlands läns kommuner 2020



Jämförelsevärde Resultat Sveriges kommuner 2020



Mätning av följsamhet till basala hygien och klädrutiner

Pandemin som drabbade Sverige och världen under 2020 har naturligt medfört ett stort fokus på det smittförebyggande arbetet. Folkhälsomyndighetens rekommendationer har genomlyst verksamhetens arbetssätt och smittskydds enheten inom region Östergötland har förtydligat arbetet för Östergötlands län.

Under 2020 har Valdemarsviks kommun beslutat att kontinuerliga mätningar av följsamhet till basal hygien- och klädregler ska göras i enhetsnära mätningar.

De specifika kunskapshöjande insatserna är utbildningar riktade till alla medarbetare i vård och omsorg om basala hygien och klädregler, utbildning och träning för att använda skyddsutrustning, enkäter, webbutbildningar och förtydliganden om hygienombudets roll har varit ett pågående



arbete under 2020.

En del av insatserna ex vissa webbutbildningar och riktlinjer för det smittförebyggande arbetet har möjliggjorts via Vårdhygien i Östergötland för att säkerställa aktuellt kunskapsläge.

Resultat

Valdemarsviks kommun har under 2020 ökat följsamheten till basala hygien- och klädrutiner, se sammanställning nedan. Det är ett verksamhetsnära och ständigt pågående arbete att bevaka med tanke på patientsäkerheten.

Enhetschef och ansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter leder arbetet på enheterna.

Enhets specifika åtgärder ökar följsamheten till rutinerna och förändring av arbetssätt när brister identifierats.

Följsamhet till basala hygien- och klädregler 2017-2020:

Korrekt i alla steg

2017: 46.8% Riket: 48.3%

2018: 59.7% Riket: 48.6%

2019: 62.4% Riket: 50.5%

2020: 96.28% Riket: 64%

Det krävs ett långsiktigt arbete och flera insatser för att få full följsamhet. Framgångsfaktorer är utbildning, skapa rätta förutsättningar, mätningar och egenkontroller för att följa resultat och stärka följsamhet.

Årshjul

- Observationsmätningar om hur och när medarbetare använder skyddsutrustning, använder handsprit, har korta naglar utan nagellack, har långt hår, följer rutinerna för arbetskläder mm har genomförts under 2020 och resultatet visar 96.28% följsamhet.
- Självskattning är genomförd för att se medarbetarens egna bedömning av samma moment för att identifiera när man som medarbetare har bra arbetssätt för att förhindra smittspridning och vilka förbättringsåtgärder som är viktiga att genomföra. Resultatet visar 97.63% följsamhet.

Dessa resultat dokumenteras av enhetscheferna i kommunens system Stratsys, en plattform för det operativa strategiska arbetet för att följa resultat, se målvärden samt beskriva förbättringsåtgärder.

- Enhetscheferna genomför vårdhygieniska egenkontroller på enheterna för att säkerställa enhetens övergripande smittförebyggande arbete. I protokollet, som är utformat som en checklista kontrolleras att de vårdhygieniska grundförutsättningarna är uppfyllda för att kunna följa de basala hygien och klädrutinerna och därmed förhindra smittspridning.

Region Östergötlands smittskydd/ vårdhygien dokument för egenkontroller har används.

2021 ska SKR mätning integreras i Årshjulet.

Säkerhet för patienten

Det smittförebyggande arbetet under 2020 har resulterat i att det inte förekommit någon bekräftad magsjuka på enheterna under covid-19 pandemin och förkylningssymtom har begränsats och inte spridits vidare.

Förkylningssymtom medför att medarbetare inte får vara på arbetsplatsen och för patienten finns restriktioner så att inte smitta sprids.

Kontinuerliga provtagningar vid symptom hos både patient och medarbetare har säkerställt kontrollen om covid-19 smitta finns eller ej.

Det har även genomförts screening av medarbetare som inte har förkylningssymtom för att



säkerställa att risken för smittspridning är minimal.

Covid-19 smitta har identifierats i några fall och det visar sig stämma överens med att covid-19 kan vara helt symtomfri.

Trycksår

Att mäta förekomst av trycksår i verksamheten är ett viktigt kvalitetsinstrument för att se patientsäkerhetsrisker.

Att förebygga trycksår ingår i varje enhets grundläggande dagliga arbete och är ett arbete för teamet; legitimerad personal, omvårdnadspersonal, enhetschef och läkare.

Det krävs en helhetsbedömning av patientens hälsa och de egna möjligheterna för att kunna identifiera risker som kan leda till trycksår.

- 2016 års resultat visar att 7.7% av patienterna i Valdemarsviks kommun hade trycksår.
- 2017 års mätning visar att förekomsten av trycksår var 3.9%.
- 2018 visade att 4.8% hade trycksår under våren och ytterligare mätning på hösten visar att 1.2% av patienterna har trycksår.
- 2019 visades att 4.7% har trycksår. Det identifierades att patienter kommit från annan vårdgivare med trycksår som medförde ett högre resultat.
- Mätningen under 2020 visar att förekomsten av trycksår är 2.8%.

Det är ett positivt resultat som också ger en tydlig indikation på vikten av att alla professioner i teamsamverkan arbetar för att eliminera risker för trycksår..

Det är en indikation på att den nära omvårdnaden ser till behovet av trycksårsförebyggande åtgärder kombinerat med hjälpmedel och nutritionsåtgärder.

Demensteam Valdemarsviks kommun

Under 2020 bestod teamets demensrelaterade arbete huvudsakligen av MMSE-remisser, stöttning på demensboenden, enskilda samtal och besök till personer med demenssjukdom och anhöriga.

Av de 4 mål teamet fastställde för vårt arbete 2020 har 3 mål till stor del uppfyllts.

- Kartläggning med Tidiga Tecken har implementerats på LSS-boenden.
- Funktionsbedömning via "Varma Koppen" används vid alla MMSE.
- Samverkan med VC har kunnat genomföras trots pandemin och med kvalitetsgrupp demens. Demensteamet är representerat på alla teamträffar på demensboendena. Har ökat stort under året.
- Träffar med enhetschefer har fått anstå relaterat till pandemin.
- Målet om höjning av kunskap och kompetens har inte uppnåtts. Fortsatta arbetet med BPSD-implementering har under stor del av året legat nere till följd av pandemin. I 4 personalgrupper har kompetenshöjande demensutbildning genomförts med teamets deltagande.

Arbetet med strategiska mål och inriktningsarbete har inte utvecklats på grund av att pandemin krävt så mycket tid och resurs hos alla.

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 flera avseenden är av hög kvalitet, men att det inom varje delområde finns förbättringsområden. Angivna förbättringsförslag i patientsäkerhetsberättelsen för 2020 och patientsäkerhetsplanen för 2021 belyser det övergripande arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet.

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

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 dess kompetenser hela tiden utvecklas. Det finns upparbetade, lättillgängliga och kvalitetssäkrade riktlinjer och rutiner, instrument och verktyg för att säkra vården och varje medarbetare ska ha 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.

Valdemarsvik 2021-02-04.

I tjänsten

Marie Schmid *Chef sektor stöd och omsorg*

Lena Borgman Fred *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Sofia Johansson *Medicinskt ansvarig för rehabilitering*



(3)

KS-SO.2021.13

Rapport om personligt ombud 2020

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....



Tjänsteställe/Handläggare

Avdelning Service och Administration
Frida Andersson
Kommunsekreterare
Tel: 0123-191 34
E-post: frida.m.andersson@valdemarsvik.se

Mottagare

Kommunstyrelsens stöd- och
omsorgsutskott

Rapport om personligt ombud 2020

Förslag till beslut

- Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskott godkänner årsrapporten om personligt ombud 2020 och lägger den till handlingarna.**

Ärendebeskrivning

I början av 2020 ingick Valdemarsviks kommun ett avtal med Norrköpings kommun gällande personligt ombud. Personligt ombud är en resurs för personer över 18 år som har en långvarig psykisk funktionsnedsättning. Det personliga ombudet arbetar bland annat med den enskilde för att denne ska få det stöd som denne har rätt till, få kontakter som denne behöver och att dessa samarbetar kring behoven. Tjänsten finansieras av statliga medel.

Då avtalet nu löpt ett år har det personliga ombudet stämt av med Valdemarsviks kommun hur året avlöp samt sammanställt utvärderingen i en årsrapport

Beslutsunderlag

Skrivelse Rapport om personligt ombud Dnr KS-SO.2021.13 2021-02-09.

Beslutet skickas till

Akten

VALDEMARSVIKS KOMMUN

Marie Schmid
Socialchef

Frida Andersson
Kommunsekreterare



Helårsrapport för personligt ombud 2020 i Valdemarsvik

Tjänster

0,5 årsarbetare för år 2020.

Organisation och ledning

Staten finansierar verksamheten och under 2020 är beloppet 402.638 kr per heltidstjänst. Länsstyrelsen har under våren 2020 sammankallat enhetschefer/motsvarande för de personliga ombuden i de olika Östgötakommunerna till en träff. Under hösten har en träff ägt rum i form av Skypemöte.

Verksamheten är organiserad under vård- och omsorgskontoret, Norrköpings kommun.

Ledningsgruppen är en länsövergripande ledningsgrupp där alla kommuner som har personligt ombud (PO) i Östergötland deltar. Ledningsgruppen består av verksamhetschefer eller annan lämplig person från kommunerna och verksamhetschef från Regionens psykiatri, Primärvården, representant från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, NSPH (Nationell Samverkan för Psykiatrisk Hälsa).

Personligt ombud har i Valdemarsvik varit med på arbetsplatsträffar hos olika personalgrupper såsom IFO, Biståndshandläggare/LSS-handläggare, Plattform, Arbetsmarknadsenheten, Anhörigombudet, God manföreningen, Boendestöd, Övre Norrbackas personalmöte och möte med brukare på boende och daglig verksamhet. Dessa möten har varit i syfte att sprida information om personligt ombud i Valdemarsviks kommun. Ett flertal möten har också hållits med ansvarig kontaktperson för PO i Valdemarsvik.

Verksamhet

Arbetet tillsammans med den första uppdragsgivaren (UG) i Valdemarsvik påbörjades redan den 14 januari och efter det har det tillkommit uppdragsgivare från Gusum, Ringarum och Valdemarsvik. Totalt är det 11 personer som fått/har stöd av PO idag. En av dem har flyttat från kommunen. PO har blivit kontaktad av god man, boendestöd, IFO samt Spiran psykiatri för rådfrågning och stöd av PO. Uppdragsgivare har också ringt själva. Socialstyrelsen förordar att ett PO med 100% arbetstid ska arbeta med omkring 10-15 personer samtidigt för att kunna göra ett bra och flexibelt arbete. Då Valdemarsvik har 50% PO kan det tyckas vara för många personer men en del har varit korta kontakter. En person är också bokad för nybesök i januari 2021. PO har arbetat mycket aktivt med ärenden där barn blivit placerade, det har varit mycket telefonkontakter och möten med Valdemarsviks kommun.

Personligt ombudsverksamheten har som alla andra i kommunen fått rätta sig efter folkhälsomyndighetens restriktioner gällande covid-19/Corona. Det har för oss inneburit att vi gjort mer saker via Skype, telefon, mail och sms. Vi har då inte kunnat gå ut på olika enheter för att ytterligare presentera oss och därigenom fått till oss fler uppdragsgivare.

Med hopp om ett lugnare år 2021 gällande Covid-19 så kommer vi på nytt att kontakta enheterna för att få till ett samarbete runt personligt ombud. Under hösten har fler personliga ombud börjat arbeta med UG från Valdemarsvik vilket gör det extra viktigt att återkomma och presentera oss.



Under december månad 2020 kommer PO att vara med vid ett Skypemöte med projektet försteg med förhoppning om att det kommer skapa ringar på vattnet så att fler aktörer får kännedom om oss.

Prioritering vid kö: Vräkningsshot och akut hemlöshet prioriteras och ställs inte i kö. Snabba och synnerligen viktiga åtgärder t ex att ringa något samtal prioriteras också. Innan man ställs i kö träffar man två ombud i ett möte där bedömning görs avseende målgrupp och typ av ärende. Prioritering i kön: Barnperspektivet beaktas alltid. Övrig prioritering är försörjning, därefter enligt könnummer.

De bedömningsgrunder som ligger till grund för att få stöd av personligt ombud idag är att uppdragsgivaren har:

- En psykisk/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som ger omfattande och långvariga sociala svårigheter som medför stora hinder för ett fungerande vardagsliv.
- Komplexa behov av vård, stöd och service.
- Behov av kontakt med myndigheter, sjukvård etc.
- Behov av samordning av vård, stöd och service.
- Är 18 år eller äldre och skriven i Valdemarsviks kommun.

En vanlig orsak till att uppdragsgivaren tar kontakt med PO har varit problem med ekonomi. Uppdragsgivaren kan ha blivit utförsäkrad från försäkringskassan och behöver stöd med att överklaga beslut. Någon ville ha hjälp med flytt, få kontakt med myndighet, söka fonder, byta arbete, söka bostad eller annat stöd.

Ett lyckat exempel: En person som bor i Valdemarsvik och har neuropsykiatriska svårigheter tar kontakt med PO. Personen som då blir en uppdragsgivare (UG) har en lönebidragsanställning på 75% i Norrköping och sitter och pendlar flertalet timmar/dag med allt vad det innebär. UG vill arbeta 100% men det finns varken tid eller ork över på grund av pendlingen. PO tar kontakt med arbetsförmedlingen för att undersöka om det går att hjälpa UG och de har inga förslag på arbeten i Valdemarsvik. PO tar då kontakt med arbetsmarknadsenheten som tipsar om ett par tänkbara arbeten vilket PO då vidarebefordrar till arbetsförmedlingen. Man börjar då arbeta för att få till en ändring, PO åker tillsammans med UG till den tilltänkta arbetsplatsen och alla bitar faller så småningom på plats. UG provanställs på 100% på den nya arbetsplatsen i Valdemarsvik och slipper därmed pendla upp till 3 timmar/dag.

Norrköping den 16 december 2020

Eva Jansson, Personligt Ombud



(5)

Nämnd.2021.10

Frågor

Kommunstyrelsens stöd- och omsorgsutskotts beslut

1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ärendebeskrivning

Beslutsunderlag

Beslutet skickas till

Xxxxx
Akten

Justerare

.....

.....