



Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna kommun År 2021



Datum 2022-01-11
Ansvarig för innehållet:
Linn Alvé,
Carina Bolander Blomberg,
Cecilia Lindh
VON /2022:10

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	25
Tillförlitliga och säkra system och processer	26
Säker vård här och nu	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser	27
Klagomål och synpunkter	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31

SAMMANFATTNING

Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Patienterna ska erbjudas en trygg, säker och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Patientsäkerhetsarbete är ett ständigt pågående arbete där flera perspektiv ständigt behövs för att få en helhet. Vård- och omsorgsförvaltningen har i en ansats att lyfta hälso- och sjukvården samt förbättra ledning och styrning, inrättat en styrgrupp för hälso- och sjukvård där utredningschef, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) samt verksamhetschef för all legitimerad personal, deltar. Det har också skett en utökning av antalet MAS- tjänster till två vilka tillträdde i september. MAS och MAR har fördelat ansvarsområden och har en nära samverkan däremellan.

Fortsatt pandemi har medfört prioriteringar av arbetsuppgifter samt anpassningar efter nya förutsättningar och behov. Ny kunskap, erfarenhet och arbetssätt har inhämtats. MAS och MAR har haft en kontinuerlig och nära samverkan med smittskyddsläkare avseende smittläge samt åtgärder i samband med det. Ett omfattande vaccinationsarbete har genomförts mot covid-19 i alla verksamheter.

Viktiga åtgärder och resultat

Antalet avvikelser är i stort oförändrat från förra året. Ingen allvarlig vårdskada eller risk för sådan har identifierats vilket innebär att ingen lex Maria-anmälan har gjorts under året. En gemensam patientsäkerhetsrund har genomförts vid ett kommunalt vård- och omsorgsboende med representanter från boendet, vård- och omsorgsförvaltningen, vårdcentral, hälsoval och patientsäkerhetsteamet. Syftet var att identifiera framgångsfaktorer, lärande och förbättringar. Kvalitetsenkäten vars syfte är att få en överblick av risker för infektioner, behandlingar av infektioner och aktuella smittor hade i år en lägre svarsfrekvens vilket gör det att det går att dra några säkra slutsatser. Uppföljning av följsamheten till hygienrutiner, klädregler och användandet av skyddsutrustning visar att en förbättring har skett i jämförelse med 2020. Förbättringsförslag som framförts är bland annat önskemål om central tvätt och flera uppsättningar av arbetskläder.

Av analys framgår att det finns förbättringsområden gällande nattfasta och teamarbete vid riskbedömningar samt brytpunktsamtal vid livets slut. Ett resultat i rätt riktning är att mänsklig närvaro i dödsögonblicket har förbättrats med 11 % vilket ses som mycket positivt.

Implementeringen digital signering i Appva av delegerade insatser är nu klar i alla vård- och omsorgsverksamheter. Även implementering digitala läkemedelsgivare Evondos pågår.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Det har skett ett omfattande arbete inom vård- och omsorgsförvaltningen (härefter förvaltningen) för att med sikte mot 2035, ta fram en ny målbild för förvaltningens arbete. I arbetet har chefer på olika nivåer, ledningen och medarbetare deltagit vilket både skapar engagemang och ger en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.



Förvaltningen har riktlinjer och rutiner som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet men bedömer samtidigt att hälso- och sjukvårdsfrågor behöver få ett ökat utrymme och ser också behov av ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsområdet. Behovet finns på alla nivåer men ser olika ut beroende på funktion, organisation och uppdrag. Mot denna bakgrund har under hösten hälso- och sjukvårdsfrågor lyfts kontinuerligt i vård- och omsorgsnämnden, bland annat av MAS/MAR samt verksamhetschef för området hälso- och sjukvård. Vidare har en styrgrupp för hälso- och sjukvård inrättats vars syfte är att öka genomslaget för hälso- och sjukvårdsfrågor och förbättra styrningen av dessa. Styrgruppens arbete påbörjas i januari 2022. Mötena är tidsmässigt förlagda så att hälso- och sjukvårdsfrågor till och från länsstyrgruppen både kan förankras innan länsstyrgruppen fattar beslut och omhändertas av styrgruppen för hälso- och sjukvård, efter att beslut har fattats.

Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgsförvaltningens övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition¹

Förvaltningen har i strategiska utvecklingsplaner tydliggjort inriktning för äldreomsorgen och funktionshinderområdet fram till 2030. Under 2021 har förvaltningen arbetat fram en målbild för 2035 som ska utgöra grund för en ny strategisk utvecklingsplan. Tanken är en gemensam strategisk utvecklingsplan för samtliga verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen, för att ge alla medarbetare en tydlig inriktning och gemensamma mål att sträva emot. I linje med detta har förvaltningen under året minskat antalet uppdragsbeskrivningar till en för äldreomsorgen och en för funktionshinderområdet, där hälso- och sjukvård ingår som en integrerad del. Den strategiska inriktningen ska beskriva hur förvaltningen ska ta första stegen för att nå målbilden år 2035. Arbetsätt kommer att behöva förändras och patienters och medarbetares perspektiv och erfarenheter tas till vara för att målen ska kunna nås. Budskapet är att vi är i en förändringsprocess som behöver allas engagemang, nyckelord är personcentrering, helhetssyn och "tillsammans" med

¹ Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara god kvalitet och hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och,
5. vara lätt tillgänglig

fokus på målbild och förvaltningens ansvar att erbjuda en vård och omsorg med god kvalitet som bidrar till trygghet, självständighet, delaktighet, aktivitet och god hälsa.

Målbilden sammanfattas i fyra skiften från nuläge till önskat läge 2035.

Skifte 1 - från utförare till samhällsbyggare (samhällsnivå)

Skifte 2 - från ensamarbete till gränsöverskridande samarbete (organisatorisk nivå)

Skifte 3 - från passiv mottagare till aktiv medskapare (individperspektiv)

Skifte 4 - från hjälpare till möjliggörare (medarbetarperspektiv)

Organisation och ansvar

Hög patientsäkerhet är beroende av ett fungerande teamarbete med engagemang från all personal inom enheten/förvaltningen.

Nämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Vårdgivarens ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården i Eskilstuna kommun är förvaltningschefen för vård- och omsorgsförvaltningen.

Kravet på att verksamhetschef ska finnas "där hälso- och sjukvård² bedrivs" regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning³ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. I uppdraget ingår att utifrån uppdragsbeskrivningen "Hälso- och sjukvård" planera och styra hälso- och sjukvårdsuppdraget samt följa upp och redovisa uppdraget till vård- och omsorgsnämnden. Under året har ytterligare en MAS-tjänst inrättats vilket gör att det nu finns två medicinskt ansvariga sjuksköterskor. En fördelning av ansvarsområden har också gjorts mellan MAS. MAS/MAR deltar vid områdesledning för äldreomsorg och funktionshinder samt vid hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Medicinskt ansvarig rehabilitering

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. MAR och MAS har ett nära samarbete.

Vårdgivaren utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Både MAS och MAR har delegation från nämnden att göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

² Enligt HSL (2017:30) 3 kap. 2 §, ska det, där det bedrivs vård, finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses

³ HSL (2017:30)11 kap. 4 §. Samt Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. §6.

Verksamhetschef verksamhet

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sina respektive områden. De ansvarar bland annat för att den personal och utrustning som krävs finns och att personalen känner till och följer gällande riktlinje och rutiner. Vidare ingår ansvar för att adekvat introduktion och kompetensutveckling samt för att riskanalyser genomförs inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinteknisk utrustning mm.

Avdelningschef

Avdelningschef har ett ansvar över sitt respektive område och ska säkerställa att enhetscheferna känner till gällande rutiner och riktlinjer, att de följs på områdesnivå samt ge underlag till verksamhetschef för övergripande uppföljning.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Regionen och kommunerna i Sörmland har genom närvårdssamverkan arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte. Länsstyrgruppen är central i detta arbete och består av representanter från de nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Styrgruppen ska skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland får en jämlik vård. Förvaltningschefen för vård- och omsorgsförvaltningen ingår i länsstyrgruppen. Under 2021 har en gemensam riktlinje för läkemedelshantering tagits fram mellan länets kommuner och regionen, likaså har en gemensam palliativ rutin tagits fram för att stödja den palliativa processen. Under året har ett nytt samverkansforum inrättats mellan MAS/MAR, primärvården i norra länsdelen och Hälsoval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är dialog i gemensamma frågeställningar som rör närvårdssamverkan. Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer/rutiner. MAS/MAR har regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren. Gällande utskrivningsprocessen finns en samverkansriktlinje mellan huvudmännen för att stödja i processen. Uppföljning av efterlevnad till riktlinjerna följs kontinuerligt av utsedd koordinator inom kommunen och koordinator inom regionen.

Två distriktsköterskor har uppdraget att delta vid vårdplaneringar i samband med att patient skrivs ut från Mälarsjukhuset till den kommunal hälso- och sjukvården. Syftet är utskrivningarna ska vara väl planerade och säkerställa att patientens behov tillgodoses i processen.

Samverkan sker internt i form av teamsamverkan och primärteam där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med omvårdnadspersonal och enhetschef. Denna samverkan sker inom alla enheter där hälso- och sjukvårdsansvar föreligger. Vid behov bjuds andra funktioner in till teamsverkan och primärteam, ex. arbetshandledare från daglig verksamhet/sysselsättning, demenssjuksköterska, representanter från regionen osv.

Samverkan behövs ofta vid hantering av avvikelser, såväl interna som externa. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmännen och annan utförare av vården. Avvikelse skickas mellan huvudmännen i ett digitalt avvikelshanteringssystem. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhuset, vårdcentralerna och kommunen, men också avvikelser till färdtjänst, ambulansverksamheten och tandvården förekommer. Avvikelse följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan regionen och kommunen.

Utöver detta har förvaltningen avtal och samverkansriktlinjer med region Sörmland med syfte att ge en god och säker vård. Som exempel kan omnämnas avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, avtal med vårdhygien och avtal om extern läkemedelsgranskning.

Inom alla verksamheter sker SIP-möten⁴ och övriga nätverksmöten när behov av samordning av stöd kring den enskilde finns. Inom ramen för förflyttningen mot "Nära vård" pågår i tre utvecklingsarbeten enligt överenskommelse med region Sörmland. Ett rör samverkan i Nära vårdteamet. Ett annat är samverkan mellan en vårdcentral och den kommunala hemtjänsten med syfte att få mer proaktiva arbetssätt och omhändertagande av gruppen mest sjuka äldre i ordinärt boende. Ytterligare ett utvecklingsarbete sker mellan en vårdcentral och den förebyggande verksamheten. Detta handlar om att utveckla hälsosamtal till kommunens 70 åringar. Ett gemensamt mål är att motverka behov av särskilt boende och sjukhusvård.

Under december månad genomfördes i pilotform en patientsäkerhetsrond i samverkan med regionen. Syftet med en gemensam patientsäkerhetsrond är att i dialog identifiera styrkor och förbättringsområden. Detta arbete kommer att följas upp och utvärderas för att ge underlag till beslut om och hur arbetet med patientsäkerhetsrond ska fortsätta.

Inom hemtjänsten har arbete fortsatt med att utöka och förbättra teamarbetet som påbörjades under 2019. Det är ett arbete som görs med fokus på det dagliga samarbetet kring den enskilde patienten/patient. I teamarbetet ingår också teamträffar där mer komplexa frågor lyfts samt där det finns utrymme till dialog och analys kring verksamheten inom olika områden. Under nästkommande år sker fortsatt arbete med att stärka teamarbetet genom att enhetschefer inom äldreomsorg bjuder in enhetens team för att föra dialog kring enhetens teamarbete. Syftet är att identifiera styrkor och förbättringsområden.

⁴ Samordnad individuell plan: När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål (16 kap. 4 §, HSL 2017:30)

Inom område funktionshinder har sjuksköterskorna skapat samverkanforum med psykosmottagningen för att utvärdera och säkerställa samverkan mellan vårdgivarna. Syftet är att vården ska bli så god och säker som möjligt för de gemensamma patienterna.

För att förbättra samverkan mellan socialpsykiatri och regionens psykiatri i komplexa ärenden har en ny rutin tagits fram för att få till stånd samverkansmöten till exempel vid ökade psykiska symtom, ökat missbruk eller misärliknande förhållanden.

Informationssäkerhet

Systematiskt informationssäkerhetsarbete

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informations-hantering. Detta skapar förtroende både inom och utanför organisationen. Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån organisationens behov och risker. Då finns informationen tillgänglig när vi behöver den, vi kan lita på att den är korrekt och att endast behöriga personer får ta del av den.

Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/Tekniska skydd: skydd via IT-komponenter, till exempel behörighetssystem, brandväggar, antivirusprogram, flerfaktors autentisering, kryptering
- Fysiska skydd: till exempel skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp, larm, kameror
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

Arbetet med informationssäkerhet inom vård- och omsorgsnämnden och kommunen handlar i stort om att:

- Bygga på en helhetssyn som utgår från information, men som också innefattar processer, människor och teknik
- Vara systematisk och bygga på den etablerade standardserien SS-ISO/IEC 270001.
- Ses över och förbättras
- Vara förebyggande och proaktivt, men också ha en god förmåga att kunna hantera incidenter, allvarliga störningar och kriser som ändå kan inträffa
- Vara i samklang med Kommunkoncernens mål och vision och ta hänsyn till verksamheters behov, externa krav samt rådande hotbild
- Vara väl kommunicerad till verksamheten. Alla medarbetare ska fortlöpande få information och utbildning för att nå och upprätthålla ett högt säkerhetsmedvetande samt för att kunna leva upp till denna riktlinje och underliggande anvisningar för informationssäkerhet
- Att samverka med Kommunkoncernen och externa intressenter, såsom myndigheter, företag och nätverk, särskilt sådana som är normgivande inom informationssäkerhet som till exempel SKR (Sveriges kommuner och regioner), MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap), IMY (Integritetsskyddsmyndigheten) och SIS (Swedish Institute for Standards).

Systematiskt dataskyddsarbete

Vård- och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig och har ett ansvar att, utifrån de integritetsrisker som finns med personuppgiftsbehandlingar, genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandling av personuppgifter utförs i enlighet med dataskyddsförordningen och övriga lagar och förordningar. Detta innebär att

verksamheten har genomfört säkra och lämpliga metoder för dataskydd och personuppgiftsbehandlingar i stort samt informerat samtliga inom organisationen. Vård- och omsorgsnämnden arbetar med dataskydd kan exempelvis handla om följande:

- Registerförteckning: Verksamheten samlar personuppgiftsbehandlingar under en registerförteckning som ska diarieföras och därefter uppdateras kontinuerligt.
- Konsekvensbedömning: Nämndens personuppgiftsbehandlingar ska baseras på konsekvensbedömning som ska vara grunden för hur hanteringen och skyddet ska vara i proportion till de risker och konsekvenser som personuppgifterna kan utsättas för.
- Handlingsplan: Denna handlingsplan utgör en del av verksamhetens arbete med Dataskyddsförordningen. Handlingsplanen ska ses som ett levande dokument som kontinuerligt uppdateras utefter verksamhetens arbete med personuppgifter.
- Dataskyddsombud: Ett dataskyddsombuds uppgift är att informera och ge råd till den personuppgiftsansvariga organisationen kring vilka skyldigheter som gäller enligt Dataskyddsförordningen. Ombudet ska också bevaka att reglerna följs och fungera som kontaktperson för Datainspektionen.

Systematiskt arbete med NIS-direktivet

Vård- och omsorgsnämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster. Vård- och omsorgsnämnden har ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet. Arbetet är pågående och följs upp kontinuerligt och utvecklas inom organisationen, med särskild fokus på hälso- och sjukvårdssektorn.

Systematiskt riskanalysarbete

- Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) utförs kontinuerligt för att reducera risker, minska sårbarheter inom förvaltningen och att förbättra förvaltningens förmåga att förebygga, motstå och hantera kriser och allvarliga händelser.
- RSA utförs på samtliga system regelbundet där verksamheten använder dessa system.
- Rutiner för Behörighetsstyrning såsom: ökade behörigheter och autentiseringar.
- RSA-arbete på en övergripande nivå som riktar sig mot samtliga områdesnivåer inom organisationen.
- Konsekvensbedömning enligt Dataskyddsförordningen är en del i riskanalysarbetet som utförs
- Åtgärdsplan för framtagna risker och sårbarheter som följs upp och åtgärdas kontinuerligt.
- Arbete med kontinuitetshantering som säkerställer samhällsviktigt verksamhet.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

Informationssäkerhet handlar om att hindra information från att läcka ut, förvanskas, förstöras samt säkerställa att informationen finns tillgänglig för en legitim användare. För att uppfylla dessa har förvaltningen arbetat med punkterna nedan:

- KLASSA informationssäkerhetsklassning: Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar information.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare, ledning och IT.
- Säkra digitala möten inom och utanför organisationen.
- Begränsa behörigheter, loggning och kontroll av samtliga system.
- Säker e-posthantering, för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt. Med detta menas att kommunikationen som är av känslig karaktär sker krypterad.
- Digitalt signerade medicinlistor, ett system som underlättar spårbarhet och säkrare medicintilldelning samt ger ökad säkerhet vid hantering av patients uppgifter.
- Digitala medicinskåp, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten.

- NPÖ (Nationell Patientöversikt): TGP (TillgängligPatient).
- All personal har fått tillgång till utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

Utvärdering som har genomförts mot skydd för olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Skydd av system

En utvärdering har gjorts av skyddet mot olovlig åtkomst. Dokumentationssystem är separerat från övriga system pga. att leverantören ska kunna ha åtkomst. Skydd finns mot interna och externa hot. Samtliga system har skydd mot interna och externa hot. Loggar finns som kontrolleras dagligen och tester av skyddet görs. Loggkontroller utförs i dokumentationssystem och Nationella patientöversikten enligt skriftliga rutiner för att kontrollera så att personal inte obehörigt har haft åtkomst till information i systemen. Det görs för att säkerställa brukarnas integritet. För varje månad tas stickprovskontroller på slumpmässigt utvald personal för att se vilka patienter de haft åtkomst till i systemen. Det finns också möjlighet att vid behov utföra loggkontroller på enskilda patient eller personal för att kontrollera åtkomst.

Skydd av nätverk

Vård- och omsorgsnämndens IT-system nås via olika typer av nätverk. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Utveckling av skyddet för trådburet nätverk pågår. Det finns ett inriktningsbeslut i kommunen att alla kommunens fastigheter ska få uppkoppling till kommunens nätverk via fiber. Det ger snabbare och säkrare uppkoppling mot våra IT-system vilket ger ökad säkerhet för patient och patienter.

Övrigt säkerhetsskydd:

- Verksamheten arbetar mot att göra datornätverket säkrare, och dessa görs kontinuerligt genom utbildning och certifikatkrav på klientenheter.
- Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta är för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.
- Kommunens IT har nära samarbete med verksamheten och leverantörer för att öka säkerheten i systemen.

Granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Som vårdgivare ska Eskilstuna kommun utföra slumpmässiga kontinuerlig loggkontroll för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter.

Vård- och omsorgsnämnden har en slumpmässig loggkontroll i verksamhetssystem Viva för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt brukaruppgifter, samt att hindra personal från att läsa brukaruppgifter som de inte har vårdrelation till.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde patienten hos all personal. Engagemanget kommer bland annat till uttryck genom att patientsäkerhetsrisker identifieras och påtalas, att avvikelser rapporteras och



därefter utreds och effektiva åtgärder vidtas och följs upp. Gällande riktlinjer och rutiner som rör avvikelshantering och utredning av negativa händelser utgår dessa från ett systemperspektiv med en strävan bort från syndabockstänkandet till öppenhet och transparens. Information om inträffade händelser uppmuntras. Det finns dock en underrapportering av avvikelser som tydligt framträder vid jämförande av antalet avvikelser i APPVA (system för att digitalt signera delegerade insatser) och antalet rapporterade avvikelser i avvikelssystemet VIVA (journalssystem). Slutsatsen är att fortsatt arbete för att förbättra rapportering av avvikelser är nödvändigt. En annan viktig del i en god säkerhetskultur är en fungerande teamsamverkan något som har identifierats behöver stärkas i vissa delar mellan leg. hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.

Säkerhetskulturen har inte mätts på ett systematiskt sätt men detta planeras att genomföras under 2022. Förbättringsområden som redan har identifierats handlar behov av ökad kunskap om vad patientsäkerhet innebär och hur alla professioner tillsammans kan arbeta för att skapa en så trygg och säker vård och omsorg som möjligt strategiskt på alla nivåer från beslut till utförande.

Att sprida erfarenheter och lärdomar är en av grunderna i en god patientsäkerhetskultur och utgör en förutsättning för en lärande och transparent organisation. Det finns behov av att arbeta vidare med en struktur för en systematisk spridande av erfarenheter och av åtgärder och förebyggande arbeten som gett goda resultat. I dag saknas det sådana naturliga kanaler både internt och externt.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Bemanning

Äldreomsorgen har under året arbetat med projektet "Bemanna upp" där man tillför personal och tillsvidareanställer. Man har också under året tagit emot ca 110 nya medarbetare efter förändring av LAS (lagen om anställningsskydd). Den politiska inriktningen i Eskilstuna kommun har en tydlig vilja att minska beroendet av intermitterande personal, vilket förväntas innebära en högre kontinuitet i verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdsenheten har inventerat bemanning avseende legitimerad personal och tagit fram nyckeltal i förhållande till antal patienter och budget. Behov av fler sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter finns då antalet patienter stadigt har ökat samt att patienterna behov av medicinska åtgärder har ökat.

Kompetensutveckling medarbetare

Äldreomsorgen har anställt specialistundersköterskor, kvalitetssäkringssamordnare och kvalitetsombudens roll har stärkts. Specialistundersköterskornas roll och uppdrag innebär målet att höja lägsta nivån av kunskap på enheterna. En pilot ska startas inför 2022 kring god vård och omsorg. Denna syftar till att höja kvaliteten i de verksamheter som har behov. En uppdragsbeskrivning arbetas fram som är tänkt att fungera som ett stöd för verksamheterna.

För att höja grundkompetensen i kommunen erbjuds alla vårdbiträden att delta i "Äldreomsorgslyftet" alternativt validera sina kunskaper för få undersköterskekompetens.

Under 2021 har 32 språkombud utbildats i äldreomsorgen, under våren 2022 kommer ytterligare 20 medarbetare inom äldreomsorgen att erbjudas utbildning till språkombud. Språkombuden kommer

tillsammans med chef att arbeta med att språkutveckling och ge språkstöd till de medarbetare som behöver.

Förbättrad och utökad introduktion för ny personal/vikarier med information på en websida med introduktionsmaterial och möjlighet till utökad introduktion efter de första fem dagarna. Inför varje sommar hålls ett samlat utbildningstillfälle med områden som bedöms som extra viktiga för att säkerställa uppdraget. Vikarier genomför utbildningar via webben exempelvis olika utbildningar i demens samt basala hygien- och klädrutiner.

Kompetensutveckling chefer

Enhetschefer har genomfört en riktad hygienutbildning som ett led i att öka kompetensen om basala hygienrutiner. Flera enhetschefer har också genomgått delegeringsutbildning för en ökad kunskap inom detta område. En bra sida för central introduktion för enhetschefer finns.

Patienten som medskapare

Förvaltningens utgångspunkt är att patienter som är aktiva och delaktiga i utformningen av sin egen vård bidrar till en ökad patientsäkerhet. Det finns flera åtgärder som vidtagits för att möjliggöra och främja detta som får ses som ett ständigt pågående arbete.



Funktionshinderområdet

Under året har en enkät till vårdnadshavare och barn i verksamheterna inom funktionshinderområdet tagits fram och skickats ut för att få kunskap om deras upplevelse av trygghet, nöjdhet och känsla av delaktighet. Vid bo-råd och kvalitetsråd belyses patientens behov. Brukarråd och brukar-APT är forum som finns för att tillvarata patienternas synpunkter. Närstående har bjudits in i verksamheter där det varit lämpligt och fått information om och möjlighet till att tycka till kring våra verksamheters arbete med Covid-19. Verksamheterna har även haft en tät dialog med anhöriga kring de patienter som fortfarande bor hemma för att anhöriga ska känna sig trygga att låta sina närstående komma till daglig verksamhet och sysselsättning under pandemin. Efterlevandesamtal erbjuds till närstående.

Äldreomsorg

Verksamheterna strävar efter att beakta patientens egna tankar och önskemål av vilken vård och omsorg som denne vill ha. Om samtycke finns involveras närstående i omvårdnaden. Frågan om närståendes delaktighet lyfts bland annat vid välkomstsamtal en tid efter inflyttning. När vården övergår till livets slutskede involveras närstående i ett brytpunktsamtal för dialog om hur vården ska bedrivas och hur de kan och vill medverka i den. När en patient avlidit erbjuds närstående efterlevandesamtal där de får möjlighet att tycka till om vården för att ge verksamheten möjlighet att utvecklas och förbättras.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroller genomförda 2021

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner förvaltningsövergripande	2 ggr/år	Kvalitetsenkät MAS/MAR
Sår förvaltningsövergripande	2 ggr/år	Kvalitetsenkät MAS/MAR
Basala hygienrutiner och klädregler Förvaltningsövergripande	1 ggr/år	Webbenkät självskattning och frågeformulär
Hygienronder	7 st.	Protokoll från vårdhygien
Patientsäkerhetsrund (En pilot)	1 ggr/år	Minnesanteckning samt handlingsplan
Interna avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet	2–3 ggr/år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	2 ggr/år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet MAS hanterar
Nattfastemätning	2 ggr/år	Protokoll
Personuppgiftshantering (HoS och funk)	4 ggr/år	Förteckning
Rapporter från kvalitetsregistret Senior Alert	2 ggr/år	Utdrag av utvecklingsledare HoS från Senior Alert som presenteras i FL
Rapporter från kvalitetsregistret Palliativ registret	2 ggr/år	Utdrag av utvecklingsledare HoS från Senior Alert som presenteras i FL
Uppdaterade och aktuella lokala läkemedelsinstruktioner (ej äldre än 12 månader)	Årligen	Förteckning

Kvalitetsenkäten

Kvalitetsenkäten har genomförts två gånger under 2021, vår och höst. Kvalitetsenkäten utfördes för första gången hösten 2020 och har ersatt tidigare infektionsregistreringar. Enhetschefen för respektive enhet ansvarar för att besvara enkäten och gör det med hjälp av sitt team. Syftet är att få en överblick över risker för infektioner, behandling av infektioner och aktuella smittor.

Vårdrelaterade infektioner inklusive sår

	Höst 2021	Vår 2021	Höst 2020
Antal individer	2143	2889	2631
Antal individer med förskrivna inkontinenshjälpmedel	764 (36%)	1009 (35%)	1003 (38%)
Antal individer som har KAD	113 (5,3%)	131 (4,5%)	156 (5,9%)
Antal individer som har urostomi	3	6	4
Antal individer som har nefrostomi	2	8	9
Antal individer som har faecesinkontinens	261 (12,2%)	324 (11,2%)	359 (13,6%)
Antal individer som har stomi (faeces)	23 (1,1%)	25(0,9%)	26(1,1 %)
Antal individer som har tracheostomi	0	1	2
Antal individer som har nässond	5	9	7
Antal individer som har PEG	15 (0,7%)	21 (0,7%)	18 (0,7%)
Antal individer som har port-a-cath	8	10	6
Antal individer som har CVK	1	1	2
Antal individer som är helt rullstolsburna	279 (13%)	326 (11,3%)	375 (14,3%)
Antal individer som är helt sängliggande	18 (0,8%)	25 (0,9%)	22 (0,8%)
Antal individer med KAD som har antibiotika insatt mot UVI	7	9	6
Antal individer utan KAD som har antibiotika insatt mot UVI	6	16	12
Antal individer som har antibiotika insatt mot pneumoni/luftvägsinfektion	1	1	3
Antal individer som har antibiotika insatt mot öron/näsa/hals infektion	0	1	0
Antal individer som har sår som läggs om kontinuerligt över tid	140 (6,5%)	165 (5,7%)	

Antal individer med sår på ben	67	87	
Antal individer med sår på armar/överkropp/huvud	39	39	
Antal individer med sår på fot/häl/tå	60	66	
Antal individer med sår på höft/sacrum	27	34	
Antal individer som har sår kategori 3-4	41 (1,9%)	51(1,8%)	
Antal individer som har antibiotika insatt mot sårinfektion	11	13	17
Antal individer med känt bärarskap av MRSA	6	4	7
Antal individer med känt bärarskap av VRE	0	1	0
Antal individer med känt bärarskap av ESBL	21	21	24
Antal individer med känt bärarskap av Hep B	1	1	2
Antal individer med känt bärarskap av Hep C	13	21	18
Antal individer med känt bärarskap av HIV	0	0	0

Analys/resonemang;

Svarsfrekvensen i höstens mätning kvalitetsenkäten var betydligt lägre än tidigare mätningar. Frågeställningen om sår ändrades efter första enkätomgången vilket gör att kompletta jämförande siffror saknas. Det kan noteras att antalet patienter med antibiotika insatt mot UVI skiljer sig bara med en patient mellan de som har eller inte har KAD. Mot bakgrund av att det är ett litet underlag, små skillnader och ett ökat bortfall i svarsfrekvensen, kan inte några säkra slutsatser dras avseende patienter med vårdrelaterad infektionssjukdom i förhållande till antalet patienter och orsaker till detta. Enkäten ger en bra övergripande nulägesbild av viktiga indikatorer och möjliga risker och behövs därför som egenkontroll men orsakerna till bortfallet i svarsfrekvens behöver klargöras och svarsfrekvensen förbättras.

Basala hygienrutiner och klädregler

Förvaltningsövergripande webbenkät för följsamhet till basala hygien och klädregler för personal genomförd hösten 2021.

	VOF	ÄO	FUNK	HoS	Övriga
Svarsfrekvens	1625	833	584	169	39
Antal som */Andel i % som *	1469/90,4 %	779/93,5 %	495/84,8 %	159/94,1 %	36/92,3 %
Handsprit före NEJ	65/4,4 %	23/3,0 %	38/7,7 %	1/0,6 %	3/8,3 %
Handsprit efter NEJ	21/1,4 %	9/1,2 %	11/2,2 %	1/0,6 %	0/0
Använde handskar NEJ	73/5,1 %	14/1,8 %	26/5,3 %	33/21%	0/0
Använde platsförkläde NEJ	233/16,1 %	35/4,5 %	165/34,2 %	28/18,2 %	5/14,7 %
Kort/upsatt hår/skägg	73/5,0 %	28/3,6 %	38/7,7 %	0/0	5/13,9 %
Kortärmad arbetsklädsel NEJ	49/3,4 %	2/0,3 %	42/8,5 %	0/0	5/13,9 %
Korta naglar <3mm NEJ	19/1,3 %	8/1,0 %	10/2,0 %	1/0,6 %	0/0
Nagellack JA	20/1,4 %	7/0,9 %	13/2,7 %	0/0	0/0
Klocka på armen, armband	48/3,4 %	5/0,6 %	41/8,4 %	1/0,6 %	1/2,8 %
Ring JA	57/4,0 %	8/1,0 %	47/9,6 %	1/0,6 %	1/2,8 %
Bandage, förband, stödskena hand/underarm	11/0,8 %	8/1,0 %	3/0,6 %	0/0	0/0

*utförde ett arbete där det fanns risk för stänk av kroppsvätskor/kontakt med kroppsvätskor eller kontakt med arbetskläder mot patienten, patientens säng eller hantering av smutsiga föremål.

Analys/resonemang;

För vård- och omsorgsförvaltningen ses en stor förbättring i jämförelse med 2020, framförallt gällande handdesinfektion före och efter utfört arbetsmoment. Följsamheten till regler för naglar, kortärmad arbetsklädsel och att hand/underarm ska vara fri från klocka, smycken och bandage har också ökat jämfört med föregående år. En ökad användning av plastförkläden finns, handskanvändningen ligger på samma nivå som tidigare. För regler gällande hår/skägg/huvudduk har följsamheten minskat något. Sammantaget har följsamheten till basala hygienrutiner ökat vilket är

ett viktigt och bra resultat som sannolikt har påverkats av det fokus på hygienfrågor som pandemin medfört.

Personalen skattar den egna kunskapen om basala hygienrutiner som god. På en skala från 1–5 (från mycket bristfällig till mycket god) så var medelvärdet 4,81. På frågeställningen vad som påverkar förmågan att följa hygienrutiner så svarar drygt hälften att inget påverkar, ungefär en fjärdedel menar att tillgång till och/eller placering av skyddsmaterial påverkar och ungefär en tiondel anser att arbetsbelastningen påverkar förmågan till följsamhet. Även önskemål från patient styr också användandet av arbetskläder.

Av fritextsvar framkom bland annat önskemål om:

- fler uppsättning personalkläder
- central tvätthantering och bättre förvaringsmöjligheter
- Bättre följsamhet till rutiner för städning av gemensamma ytor på boenden.
- mer tid att utföra moment som tillhör de basala hygienrutinerna

De flesta anser att man har bra rutiner och att dessa följs. Medan några anser att hygienrutiner inte tas på allvar och det slarvas ofta. Ytterligare en synpunkt är att medarbetare behöver ta ett eget ansvar och enhetschefer behöver ha bättre kontroll.

Under året har ett hygien-team startat som under 2022 blir fulltaligt med två personer som arbetar 50 % vardera. Teamet kommer att stötta såväl medarbetare, hygienombud och chefer i hygienfrågor.

Hygienronder

Under året har vårdhygien genomfört sju hygienronder på vård- och omsorgsboende, LSS boende och hemtjänst. Protokoll samt handlingsplan finns för respektive enhet. Enhetschef ansvarar för att vidta föreslagna åtgärder och uppföljning. Några av de gemensamma brister som identifierats var förrådsrutiner som tex att inte förvara material på golvet och skilja material med olika renhetsgrad åt. Vidare behövde rutin tas fram för rengöring av material som används av flera patienter för att nämna några.

Patientsäkerhetsrond

Som ett led i att förbättra hälso- och sjukvården för de boende på SÄBO har läns-gemensamma styrgruppen för närvård, Länsstyrgruppen, beslutat att kommuner och regionen ska genomföra gemensamma patientsäkerhetsronder (PS-ronder) vid Sörmländska SÄBO. Med SÄBO avses i detta sammanhang särskilt boende för äldre, inklusive växelvård och korttidsboende. Initiativtagare till dessa ronder är Patientsäkerhetsenheten Region Sörmland. En kommun/region-gemensam arbetsgrupp har tagit fram formerna för PS-ronder och förberett en pilotrond per länsdel. Valet av SÄBO för pilotronderna skedde utifrån att de skulle vara kommunalt drivna, ha läkare från regiondriven vårdcentral samt vara lite olika stora. Patientsäkerhetsrond ska sedan utvärderas och ligga till grund för eventuell fortsatt samverkan med patientsäkerhetsronder.

Patientsäkerhetsrond syftar till att främja personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på SÄBO. Målet är att de olika aktörerna kan identifiera såväl framgångsfaktorer, brister och risker i verksamheten och därigenom kunna initiera verksamhetsförbättringar i samverkan och inom berörda aktörers verksamheter.

I Eskilstuna kommun valdes enheten Måsta Äng ut som pilot. Gemensam patientsäkerhetsrond genomfördes i början av december 2021. Utifrån dialogen vid patientsäkerhetsronden upprättades i samråd en handlingsplan för viktiga åtgärder. Värt att tänka på är att prioritera så planen är

genomförbar. Ansvariga för genomförandet av aktiviteterna på handlingsplanen samt ansvariga för uppföljning och tid för uppföljning noterades. Handlingsplanen kan inkludera aktiviteter att genomföra inom respektive verksamhet, gemensamma aktiviteter och även aktiviteter/områden att lyfta vidare till andra forum, till exempel uppföljning av läkaravtal. Minnesanteckningar förs som med fördel kan spridas i verksamheterna. Av minnesanteckningarna framgår att styrkor som exempelvis enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång med apotekare, samverkan i samband med rond, samverkan vid palliativ vård. Förbättringsområden är att inkludera rehab i BPSD arbetet, viss dokumentation, läkares medverkan vid brytpunktsamtal samt journalföring rehabinsatser.

Som ett led i att förbättra hälso- och sjukvården för de boende på SÄBO beslutade länsgemensamma styrgruppen för närvård, Länsstyrgruppen, att kommuner och regionen skulle genomföra gemensamma patientsäkerhetsronder (PS-ronder) vid Sörmländska SÄBO.

En kommun/regiongemensam arbetsgrupp tog fram formerna för PS-ronder och förberedde en pilotrond per länsdel. Valet av SÄBO för pilotronderna skedde utifrån att de skulle vara kommunalt drivna, ha läkare från regiondriven vårdcentral samt vara lite olika stora. Genomförda patientsäkerhetsronder kommer att utvärderas och ligga till grund för eventuell fortsatt samverkan.

Patientsäkerhetsronden syftar till att främja personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på SÄBO. Målet är att kan identifiera framgångsfaktorer, brister och risker i verksamheten för att därigenom kunna initiera verksamhetsförbättringar i samverkan och inom berörda aktörers verksamheter.

I Eskilstuna kommun genomfördes patientsäkerhetsronden i början av december 2021 vid vård- och omsorgsboendet Måsta Äng. Utifrån dialogen vid patientsäkerhetsronden upprättades en handlingsplan för viktiga åtgärder. Ansvariga utsågs för åtgärder och uppföljning. Styrkor som framkom var till exempel att enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång med apotekare genomfördes med god samverkan, att samverkan i samband med rond fungerade mycket bra och likaså samverkan vid palliativ vård. Förbättringsområden som framkom var att inkludera rehab i BPSD arbetet, viss dokumentation, läkares medverkan vid brytpunktsamtal samt journalföring av rehabinsatser som utförs av omvårdnadspersonal.

Nattfastemätning

Nattfastemätning genomförs två ggr/år. Medarbetare fyller i anvisad fil. Enhetschef lägger in enhetens resultat.

	2021 vår/höst	2020
Alla enheter Medel	11:24/11:51	11:52
Alla enheter Median	12:30/12:42	12:30
Gruppboende medel	11:07/11:04	10:58
Gruppboende median	12:10	11:30

Förbättringsområden som exempelvis rengöring av produkter som används av flera vårdtagare, förvaring av material med krav på olika rengöringsgrad, har identifierats vid samtliga ronder. Handlingsplaner med åtgärder har tagits fram. Respektive enhetschef ansvarar för dess genomförande samt uppföljning. Det ser mycket olika ut på de olika enheterna hur man arbetar med att minska nattfastan. Det speglar sig också i resultatet där medel för samtliga patienter ligger mellan 7,22 timmar och 14:06 timmar. Medelvärde på demensenheter med 11,04 timmar ligger i nivå med de nationella rekommendationerna på maximalt 11 timmar. Ser man däremot på medianen för demensenheter så är den 12:10 timmar vilket betyder att det finns en del patienter med mycket kort nattfasta och en del patienter med mycket lång nattfasta. Av 322 patienter på demensenheter har 123 personer en nattfasta som är under 11 timmar, medan 199 patienter har en nattfasta som överstiger 11 timmar. Det finns en skillnad mellan kvinnor och män där kvinnorna i höstmätningen hade medel på 12:04 medan männen hade ett medelvärde på 11:24 timmar.

För att säkerställa kunskap i våra verksamheter har dietist under året hållit utbildningar för exempelvis undersköterskor, vårdbiträden, boendestöd, sjuksköterskor och enhetschefer inom vård- och omsorgsförvaltningen. Temat har varierat beroende på målgrupp. Några av utbildningarna har hållits som riktade insatser efter uppmärksammade brister, andra i förebyggande syfte. Under året har också fem olika webbutbildningar för att säkerställa baskunskaper kopplat till kost funnits tillgängliga för personal inom förvaltningen. Dietist har kunnat konsulteras av sjuksköterska för stöttning kring vilken nutritionsbehandling som är lämplig på individnivå.

Resultat från Senior alert

Kvalitetsregistret Senior Alert används för att stödja vårdprevention och förebygga för äldre som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

	2021	2020	2019
Antal unika personer med riskbedömning	1063	817	903
Riskbedömning med risk	86%	84%	86%
Åtgärdsplan	93%	93%	86%
Utförda åtgärder	69%	68%	62%
Antal personer med trycksår	81	88	89
Antal trycksår	116	120	119

BMI < 22	367	296	335
Antal personer som fallit	116	95	116
Antal fall	441	480	501
Munhälsa grad 2	310	210	243

Analys/resonemang;

Målvärdet för 2021 är att 75 % av berörda patienter (ca. 1200 patienter) inom förvaltningen ska ha fått en riskbedömning i kvalitetsregistret Senior alert. Detta målvärde har inte uppnåtts under året. 2020 sågs en ökning i antalet riskbedömningar som resulterat i en åtgärdsplan vid risk vilket ligger stabilt oförändrat även för år 2021. Även antalet utförda åtgärder har ökat men behöver förbättras ytterligare. På enhetsnivå kan man se att vissa enheter har få eller inga riskbedömningar genomförda vilket kan bero på att arbetet inte kunnat prioriteras i den omfattning men sett behov av utifrån bristande förutsättningar som försämrats ytterligare med anledning av Covid- 19. Bara en liten del av alla fall som skett i verksamhet har registrerats i senior alert.

Senior alert är en teamangelägenhet men det behöver "drivas" av legitimerad personal. Som det ser ut idag är teamet runt patienten är inte tillräckligt engagerat i samverkan som det är tänkt utan det har i många fall enbart blivit sjuksköterska som arbetat och ansvarat för arbetet med riskbedömningar och då använt senior alert som stöd.

Det finns en rutin gällande Senior alert som skapades 2012. Det har visat sig att den inte är täcker helheten och efterföljs inte till fullo. Tanken var inför 2020/2021 att Senior alert skulle användas på ett bättre sätt och genom det öka kvaliteten, minska lidandet, undvika ohälsa och undvika ett ökat omvårdnadsbehov. En arbetsgrupp tillsattes för att arbeta med revidering av rutinen med ett förtydligat ansvar för olika yrkesroller, detta påbörjades men fick avbrytas då det inte kunde genomföras utifrån prioriteringar som blev aktuella med anledning av pandemi/Covid -19 samt oplanerad långtidsfrånvaro.

En studie genomförd av FOU Sörmland har gått igenom alla registreringar på Vård-och omsorgsboenden i Senior alert i Västmanland och Sörmland under åren 2018-2020. Resultatet som kom under hösten 2021 visar att det finns ett signifikant samband mellan fall och undernäring. Nästan hälften (49 %) av personerna i studien hade risk för både fall och undernäring. Studien visar vidare att för de allra flesta (92 %) fanns en planerad åtgärd registrerad men mindre än 50 % av åtgärderna genomfördes.

Åtgärderna träning av balans, styrka och funktionell träning, som är bevisat mest effektiva när det gäller att minska risk för fall, var några av de minst förekommande. De åtgärder som utfördes var mer av passiv karaktär, till exempel larm och assistans vid personlig vård och förflyttning. När det gäller undernäring var en av de *minst* förekommande åtgärderna munvård, trots att munvård är en av de mest rekommenderade åtgärderna för att minska risk för, och behandla, undernäring.

Sammantaget visar studien att kommunerna behöver ta ett nytt grepp i frågan kring senior alert. Det krävs satsning på implementering av riktlinjer för klinisk praxis, vilket kräver både utbildning för vårdpersonal och stödjande ledarskap. Dessa slutsatser faller väl samman med av vad som redan identifierats av Eskilstuna kommun.

Resultat från Palliativa registret

Svenska palliativregistret används i syfte att förbättra vården i livets slut för patienter och deras närstående. Vårdpersonal besvarar en enkät som handlar om hur vården varit sista veckan i livet.

	201101-211030	Mål	Kvinnor	Män	191101-201030	181201-191130	2018
Antal registrerade dödsfall	223		148	75	274	200	182
Utan trycksår grad 2-4 vid dödsfallet	83,9 %	87%	81,1%	89,3%	88,6%	90%	84,1%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83 %	85%	80,4%	88%	71,7%	77%	81,9%
Dokumenterat brytpunktssamtal	75,3 %	98%	75 %	76%	64,6%	72%	55,5%
Ord. inj. stark opiod vid smärtgenombrott	97,8 %	98%	97,3%	98,7%	96,1%	98%	96,2%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	97,8%	98%	97,3%	98,7%	96,1%	97,5%	95,6%
Smärtskattning sista levnadsveckan	67,7%	75%	70,3%	62,7%	62,2%	71%	69,2%
Dokumenterad munhälsobedömning	73,1%	90%	73%	73,3%	63%	70,5%	61,5%

Analys/resonemang;

Gällande palliativ vård och vård i livets slut har under året det stödjande material i form av handbok som har fokus på god omvårdnad i livets slut som togs fram 2020 implementerats ute i verksamheterna. Under hösten har även rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner kommit. Rutinen utgår från det nationella vårdprogrammet och utgår från ett personcentrat, teambaserat arbetssätt med utgångspunkt från de legitimerade yrkesgruppernas uppdrag. De legitimerade yrkesgrupperna har också ett ansvar att handleda övrig personal. Rutiner har bland annat presenterats vid sjuksköterskedagarna och ska under 2021 implementeras och utvärderas.

För Eskilstunas del har antalet dödsfall som registrerats minskat med 51 individer i förhållande till föregående år samma period. Små, positiva förbättringar kan ses i nästan alla parametrar jämfört med tidigare år. Dock har andelen individer som avlider med trycksår ökat med en liten procentuell del. Inför kommande år bedöms därför att fortsatt satsning behövs gällande smärtskattning och dokumenterad munhälsobedömning. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket som stort fokus har varit inriktat på vid implementeringen av handboken har förbättrats 11 % vilket ses som mycket positivt.

Resultat från BPSD

Kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) används för att genom att vidta multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symptom och därigenom minska lidande och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

	2021 Eskilstuna	2021 Nationellt	2020 Eskilstuna
Antal registreringar/antal personer	842/524 Hemtjänst 66/42, dagverksamhet 45/37, korttidsboende 5/4, äldreboende 24/11, demensboende 623/290, övriga är Attendos verksamheter		821/486
NPI-poäng* totalt	19,5	20,7	20,0
Hemtjänst			18,8
Dagverksamhet			2,93
Äldreboende			28,6
Gruppbode			17,0
Symtomlindrande läkemedel vid Alzheimers	44,9%	58,5%	45,0%
Registreringar där hela teamet deltagit	326	15472	218
Undersköterska 98%			
Sjuksköterska 40%			
Arbetsterapeut 15%			
Fysioterapeut 13%			
Andel där smärtskattning använts	34,5%	28,6%	34,7%
Andel smärtfria	79,4%	72,1%	78,5%
Olämpliga läkemedel tex Haloperidol	2,1%	2,7%	2,3%

*NPI-poäng - Graden av beteendemässiga och psykiska symptom. Siffran ska vara så låg som möjligt.

Analys/resonemang;

I Eskilstuna kommun är samtliga enheter inom vård-och omsorgsboende, hemtjänst och dagverksamhet anslutna till BPSD registret förutom Vardaga Villa Stallgången. Det finns runt 240 utbildade administratörer⁵ och alla enheter har minst en aktiv administratör. Totalt har 38 nya administratörer utbildats under året.

⁵ Främst undersköterskor, sjuksköterskor och enhetschefer

För 2021 fanns 524 personer registrerade i BPSD registret för Eskilstuna kommuns del och sammanlagt hade 842 skattningar utförts. Vilket är den högsta siffran sedan Eskilstuna anslöt sig till registret 2012. Antalet skattningar kan bedömas som en kvalitetsindikator, då de indikerar att enheterna är aktiva. På Vård och omsorgsboende demens borde minst en årlig skattning finnas på varje boendeplats (person). Det är tveksamt om detta mål är uppfyllt och det går inte heller att säkert kontrollera utifrån de uppgifter som finns. Skattningar ska ske vid uppföljning av höga NPI-NH poäng och registreras vilket leder till flera skattningar för en och samma patient. En annan osäkerhetsfaktor är att antalet patienter varierar. Avsaknad av skattningar i hemtjänst, på korttids/växelvård och på äldreboende kan bero på färre antal patient med misstänkt eller konstaterad demenssjukdom. Kvantitet behöver dock inte innebära kvalitet då BPSD ska ses som ett systematiskt arbetssätt före ett register för registrering.

Eskilstuna kommun redovisar en genomsnittspoäng enligt NPI-NH på 19,7, det är något lägre än det nationella genomsnittet som är 20,7 poäng. Vid upprepade skattningar för en person så är en sjunkande poäng från första till senaste skattningen ett mått på ett lyckat BPSD arbete. Eskilstuna redovisar dock en ökad poäng från 17,4 vid första skattningen till 19,7 vid den senaste skattningen. När det gäller att använda evidensbaserade smärtskattningsskalor för att bedöma smärta för personer med demenssjukdom ligger Eskilstuna bra till på 34,5 % i förhållande till Sörmland med 24,4 % och riket 28,6 %.

För att behandla BPSD krävs det ofta olika kompetenser och det är därför viktigt med teamarbete. Registreringar där multiprofessionellt team (minst en person från SOL och en person från HSL deltagit i hela processen) tillkom som variabel 2016 och sedan dess har teamarbetet ökat i Sverige. Även i Eskilstuna har antalet skattningar där teamet deltar ökat men är i behov av att öka ännu mer och att legitimerad personal deltar i ännu större utsträckning.

Uppdaterade och aktuella lokala läkemedelsinstruktioner

Under sommaren 2021 infördes reviderade mallar för lokala läkemedelsrutiner. Detta har försett arbetet med revideringarna. I slutet av året var i stort sett alla rutiner reviderade enligt planering. MAS ser ett behov av att tydliggöra mallarna i vissa delar och planerar detta under året 2022.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Har vården varit säker

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får en så liten negativ effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget.



Enhetschefer för socialtjänst och hälso- och sjukvård är alltid mottagare av samtliga avvikelser som inträffar. Utredningsarbetet sker i samverkan med legitimerad personal och andra yrkeskategorier som är berörda. En utredning ska leda fram till vilka åtgärder som behöver vidtas vid enheten och om planerade åtgärder är åtgärder som behöver genomföras inom hela förvaltningen.

Under året har händelser utretts internt och handlingsplaner tagits fram. MAS och MAR har varit behjälpliga i vissa utredningar och upprättandet av handlingsplaner. Ansvaret för att handlingsplanerna genomförs och att lärdom av händelseanalysen sprids är enhetschefens och avdelningschef/verksamhetschefs ansvar.

En ambition är att när en allvarlig händelse inträffat samlas berörda såsom chefer och MAS/MAR för att diskutera igenom ärendet tillsammans och bestämma och planera för nästa steg.

Under året har en grupp sett över hanteringen av mer komplexa ärenden och reviderat rutin för detta. Rutinen börjar gälla den 1 februari 2022. Målet är att vård- och omsorgsförvaltningen ska ge ett samlat svar till berörda.

Idag finns det ingen naturlig kanal för att sprida erfarenheter av avvikelser, händelser och förebyggande arbete i förvaltningen. Det är därför angeläget att skapa en struktur för hur detta arbete ska ske på alla nivåer⁶. Syftet är att utveckla en lärande och transparent organisation.

Under 2021 har ärenden utretts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som rört misstanke om allvarliga missförhållanden. I några av dessa ärenden finns också kopplingar till hälso- och sjukvård vilket i förekommande fall medfört att MAS eller MAR i olika grad varit involverad i utredningen. Ett exempel på detta är en händelse rörande misstänkt användning av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Under 2021 har vi haft ett flertal ärenden som utretts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), där allvarliga missförhållanden uppstått. Några ärenden har även berört hälso- och sjukvård exempelvis där misstanke finns om att vi har använt oss av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling under Covid 19 -pandemin. Två vård- och omsorgsboenden i Eskilstuna kommun ingick i tillsynen. IVO begärde redovisning utifrån identifierade brister som rörde arbetssätt avseende palliativ behandling och begränsning av smittspridning vilket redovisades under våren 2021. Gällande

⁶ enhetsnivå, verksamhetsnivå samt övergripande strategisk nivå.

den palliativa vården har en läns gemensam rutin för palliativ vård i livets slut tagits fram. Förvaltningen har även arbetat fram en handbok för palliativ vård som implementerats under året. Gällande kohortvård skedde regelbundet risk och sårbarhetsanalyser för att snabbt identifiera och få till stånd individuella lösningar för att hålla smittade och osmittade från varandra.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Eskestuna kommun har avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården som främst berör äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvård. Avtalet följs upp årligen genom fastställt frågeformulär. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Processen har sett ut som följer; sjuksköterskorna i kommunen lämnar underlag (utifrån frågeformuläret) till MAS/MAR som tillsammans med verksamhetschef för hälso- och sjukvårdspersonalen, träffar respektive vårdcentralens ledning. Vid två tillfällen 2021 har också representant från Hälsoval deltagit. Därefter sammanställs resultatet i en rapport. Rapporten delges vård- och omsorgsnämnden samt skickas till Hälsoval vilka ansvarar för fördelning av SÄBO till respektive vårdcentral.



Under året har ett digitalt produktregister över medicintekniska produkter tillskapats. Alla produkter som verksamheterna äger ska registreras och få ett eget individnummer. På så sätt finns en bättre kontroll över inköp, service och eventuell kassering av produkterna.

MAR och dietist har skrivit en rekommendation gällande personvågar inom förvaltningen. I och med detta har också en upphandling skett och omlastningscentralen kommer att genomföra kalibrering årligen för att säkerställa funktion.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Alla vård och omsorgsförvaltningens verksamheter finns nu i Appva, implementeringen startade i februari 2019 och avslutades i början av december 2021. Användandet av Appvas digitala och mobila signering ger förutsättningar till en högre patientsäkerhet med mindre risk för vårdskador. Det innebär en enklare spårbarhet av signering på utförda och ej utförda hälso- och sjukvårdsinsatser som är användbart vid kvalitetsarbete och uppföljning. För legitimerad personal har processen förenklats och för hänsyn till miljön pappersbesparande.



Digitala läkemedelsgivare har fortsatt att implementeras under året. I dagsläget är ca 52 läkemedelsgivare placerade ute hos patient varav 14 inom området funktionshinder. Målet för 2021 var 80 st.

Förvaltningen arbetar övergripande med digitalisering utifrån demografiska utmaningar, exempelvis "Trygg hemma". Förvaltningen har ett projekt för att förbättra och stötta i implementering av digitala lösningar, under året har också en specifik implementeringsenhet skapats. Digitala bedömningar med stöd av säkra möten har testats och kommer att implementeras i början av 2022.

En ny verksamhet, Stödet har öppnats som är en utbildnings- och visningsmiljö för hälsa- och välfärdsteknik. Stödet vänder sig till alla förvaltningens verksamheter, men även till allmänheten.

Pilot Iris pågår för att stödja individens självständighet och främja de individuella resurserna inom området funktionshinder med intensiva hälsofrämjande och rehabiliterande/habiliterande insatser.

Under 2020 har en enhet haft stora problem med felleverans av läkemedel från Apotekstjänst. PostNord har vid flera tillfällen avlämnat läkemedel utomhus och i enhetens källare samt att följsamhet till kravet på sjuksköterskans signering vid mottagande av läkemedel har brustit från PostNord sida. Avvikelserna har rapporterats till Apotekstjänst som vid årets slut ska ha åtgärdat felet.

Trygg och effektiv hemgång

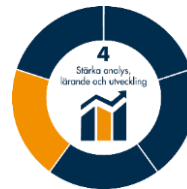
Under 2021 hade Eskilstuna en medelvårdtid på xxx dagar som patient väntat från att den blivit utskrivningsklar på sjukhuset och innan den faktiskt lämnat sjukhuset. Den siffran kan jämföras med 0,12 dagar 2020 och 1,5 dagar 2019.

Kommenterad [CBB1]: Siffror kommer 20 januari

Stärka analys, lärande och utveckling

Hälsa-och sjukvårdsdokumentation

Under året har ett material till arbetsplatsträffar tagits fram för att instruera i hur man läser vårdplaner i äldreomsorgen. Ett pågående arbete är att säkra dokumentation i journal skrivs under korrekt lagrum. Vid journalgranskning har det noterats ett förbättringsområde i att i genomförandeplan beskriva individens behov och förutsättningar gällande kost, måltider och nattfasta.



Den brist på central utbildning i verksamhetssystemet för nyanställda som uppmärksammades i hanteringen av patientsäkerhetsberättelsen 2019 har ännu inte åtgärdats utan alla lärs upp av kollegor inom enheten vilket ger ojämn kvalitet på kunskapsöverföringen.

Under året har två kvalitetssäkringssamordnare anställts inom äldreomsorgen med ansvar för att stötta enhetschefer, kvalitetsombud och övriga medarbetare kring dokumentation.

Avvikelser

Avvikelsearbetet är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Förvaltningen har en handbok för hälsa- och sjukvårdsavvikelser som beskriver ansvarsfördelning och arbetssätt och som innehåller instruktioner för att registrera, utreda och åtgärda. Alla chefer ansvarar för att systematiskt sammanställa och analysera avvikelshanteringen inom sitt ansvarsområde. De ska även se till att förbättringar utifrån analysen görs. Resultaten ska förmedlas i de forum det är relevant till exempel APT och ledningsgrupper.

2021 finns det 5882 övriga avvikelser vilket är relativt oförändrat med 2020. 3918 av dessa berör läkemedelshantering, vilket motsvarar 67 %. Utebliven dos är den vanligaste kategorin, följt av utebliven signering. Under 2020 ökade andelen avvikelser gällande dokumentation, detta har fortsatt uppåt även 2021 och är nu 430 = 7 %. Införandet av Appva har således ännu inte fått genomslag i läkemedelshantering. Allvarlighetsgraden ligger oförändrat jämfört med tidigare år, 90% av avvikelserna är bedömda som allvarlighetsgrad 1 som står för obehag eller obetydlig skada, 9% är allvarlighetsgrad 2 övergående obehag eller obetydlig skada. Under året som gått har vi haft 20 avvikelser som bedömt som grad 3 och tre som bedömts som kategori fyra – katastrofal. Det nya

arbets sättet där enhetschefen är ansvarig för uppföljning har gett resultatet att allvarlighetsgraden sänkts ihållande.

När man granskar de uppgifter som finns i Appva systemet för att signera delegerade insatser ser man att ej givna/ej utförda delegerade insatser var 67 892. Här ses en bristande följsamhet till att skriva avvikelser, vilket ses som ett tydligt förbättringsområde. Utöver detta finns det ett stort antal som signerats för sent – ett omtag i arbets sätt och följsamhet vore att föredra då det är av vikt för patientsäkerheten.

Ca 20 % av ordinerade rehab insatser inom äldreomsorgen är ej utförda vilket är alarmerande. Detta foder en närmare analys av orsaker till den bristande följsamheten och sannolikt behöver ett utvecklingsarbete göras kring detta.

Uppföljningsgraden är 89 % av skapade avvikelser, 69% är uppföljda inom 21 dagar. De vanligaste åtgärderna under 2021 är förtydliga/förbättra arbets sätt tätt följd av enskilda eller gruppsamtal med medarbetare, individinsats kommer på plats tre. Indragen delegering har skett vid 8 tillfällen under 2021, att jämföra med 2020 då det hände vid 9 tillfällen.

Vid avvikelser som bedöms ha en allvarlighetsgrad på 3 eller 4 ska förvaltningens MAS och/eller MAR kontaktas. Under året har händelser utretts internt och handlingsplaner har tagits fram. Ansvar för att handlingsplanerna genomförs och att lärdom av händelseanalysen sprids är enhetschefens och avdelningschef/verksamhetschefs ansvar. MAS/MAR gör bedömningen om händelsen ska anmälas till IVO. Ingen händelse har bedömts behöva anmälas vidare till IVO. En händelse med involvering av hjälpmedel har anmälts till Läkemedelsverket.

Externa avvikelser

	2021	2020	2019
Från kommun till region Sörmland	Totalt 169	Totalt 142	Totalt 241
	139 (slutenvård)	136 (slutenvård)	173 (slutenvård)
	23 (öppenvård)	6 (öppenvård)	14 (öppen vård)
Från region Sörmland till Kommun	Totalt 66	Totalt 48	Totalt 54
	43 (slutenvård)	45 (slutenvård)	41 (slutenvård)
	18 (primärvård)	3 (primärvård)	13 (primärvård)

Brister i följsamhet till överenskommelser/rutiner avseende informationsöverföring har uppmärksammats i överföringar mellan olika enheter/verksamheter/vårdgivare. Legitimerad personal har i vissa fall upplevt behov av att medla mellan regionens verksamheter primärvård/slutenvård. I slutet av året var det många avvikelser om att hjälpmedel inte förskrevs till patient innan utskrivning från sjukhuset. Detta berodde på regionens ansträngda bemanningssituation av rehab-personal.

Fallrapporter

Antal fall under perioden 201101 – 211030 var 5563. Om man slår ut det över månaderna innebär 2021 ett värde på 464 fall/månad. 1476 unika personer berördes av fallen. Vid jämförelse med föregående år är siffrorna i stort sett oförändrade vilket förvånar då verksamheterna har utökats i patientantal. I 21% har personen ramlat en gång till under en 30-dagarsperiod. 11% har fallit 2 gånger till och 7% har fallit tre gånger till. Det är ungefär lika vanligt att ha fallit när man använt sitt ordinerade hjälpmedel som att man inte haft det vid fallet. Det är absolut vanligast att man ramlar i sitt rum/sin lägenhet. Januari är den månad som det sker flest fall och maj är den med lägst antal fall. Antal uppföljda fallhändelser är 85 % vilket innebär en minskning jämfört med föregående årets resultat på 89 %. 68% är uppföljda inom 21 dagar.

Ett arbete påbörjades 2020 gällande revidering/utveckling av instruktioner och rapportering- och utredningsmallar som rör fall. Implementeringen har fortsatt under året men fortfarande uppkommer frågeställningar som bör och kan lösas i lokal teamsamverkan på enheten.

Klagomål och synpunkter

Kommunen välkomnar invånarna att lämna synpunkter såsom klagomål och förbättringsförslag. Det kan göras genom e-tjänst, ringa eller att besöka Eskilstuna direkt. Eskilstuna direkt förmedlar sedan till berörd verksamhet och ansvarig person. Under 2021 har 81 klagomål/synpunkter inkommit till vård- och omsorgsförvaltningen. Medborgaren ska inom tio arbetsdagar få besked vad som händer i "sitt" ärende. Då det inte finns några uppgifter från Eskilstuna direkt om vilka av dessa klagomål/synpunkter som direkt är kopplade till hälso- och sjukvård så är det också svårt att göra en sammanfattande analys. Verksamheterna har handbok i hantering av synpunkter och klagomål till sin hjälp i hanteringen. Många mindre klagomål ges direkt till verksamheten och skrivs inte alltid ner och registreras därför kan nedanstående statistik till viss del bli missvisande.

Den enskilde eller personens anhöriga kan också vända sig till patientnämnden med sina synpunkter eller frågeställningar om vård och behandling. Under året har två ärenden inkommit till förvaltningen via patientnämnden. Patientnämndens kansli har skrivit en rapport avseende inkomna synpunkter och klagomål för vård som bedrivs inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rapporten avser inkomna ärenden från 2020- till och med 31 augusti 2021, totalt 38 ärenden i länets nio kommuner. Rapporten redovisar en analys av dessa ärenden. I stora drag visar de inkomna synpunkterna på att patienter och närstående upplevt att det finns brister i den omvårdnad som ges, samt att det varit oklarheter gällande vilken vårdnivå patienten kan få i samband med en försämrad hälsa. Det handlar också om bristande informationsöverföring mellan kommunen och regionen. Länets brister stämmer väl överens med vad som även uppmärksammats som brister nationellt.

Patienter eller anhöriga kan även vända sig till IVO med klagomål på förvaltningens verksamhet. Antingen förmedlar IVO klagomålen eller så väljer IVO att öppna ett ärende där de begär in handlingar och utredning med svar.

Synpunkter och klagomål	År 2020	År 2021
Klagomål	23	19
Synpunkter	6	3
Positiv feedback	17	17
Arbetsätt, riktlinjer och rutiner	25	21
Kommunikation, information och samverkan	9	8
Omgivning och organisation	18	12
Utbildning och kompetens	2	1
Teknik, utrustning och apparaturer	3	
Totalt	103	81

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhets sammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

En förutsättning för ett gott patientsäkerhetsarbete är bra samarbete. Förvaltningen arbetar för god samverkan med bland annat region Sörmland och det finns flera olika samarbetsfora som hanterar kvalitet och utvecklingsfrågor. I och med utvecklingen av Nära vård kommer samverkan sannolikt öka tex kring hantering av komplexa ärenden. Erfarenheter visar att god teamsamverkan är en framgångsfaktor och fortsatt arbete för att stärka teamsamverkan pågår på flera håll. Strukturen för att sprida erfarenheter och åtgärder med god effekt behöver utvecklas.

Inom förvaltningen kan arbete ske mer över enhetsgränserna för att hjälpa varandra och dra lärdom av vad andra redan har funnit som goda och hållbara lösningar.

För att komma till rätta med mängden avvikelser så kan olika former av kontrollfunktioner vara till hjälp. Det kan till exempel vara digitalt signeringssystem som införts som förväntas kunna minska antalet läkemedelsavvikelser.

Olika former av stödfunktioner är viktigt för att sprida kunskap och stötta verksamheterna det kan tex vara specialistteam i demens, hygien team, kvalitetssäkringssamordnare, anhörigstöd, digitaliseringscoacher och specialistundersköterskor.

Förvaltningen arbetar för mer mobila arbetsätt tex digitala möten hemma hos patienten med personal på vårdcentralen. Förhoppningen är att den utökning av avsatt tid för läkare på våra vård- och omsorgsboenden ska leda till mer patientkontakt och involvering av patienten.

Med volymökningar både inom hemsjukvård och inom särskilda boenden är det viktigt att resurserna följer samma utveckling så att det finns tid och förutsättningar för personalen att arbeta på ett patientsäkert sätt.

Upplevelsen av att antalet komplexa hälso- och sjukvårdsuppdrag uppdrag har ökat, detta har väckt dialogen om delegering av dessa uppdrag verkligen är rätt/tillräckligt patientsäkert. En översyn av delegeringsprocessen är något som behövs och planeras utifrån den länsgemensamma hälso- och sjukvårdsrutinen för delegering.

Ett engagerat Chef och ledarskap är centralt för patientsäkerheten. Goda kunskaper inom hälso- och sjukvård och ett systematiskt arbetssätt motiverar och uppmuntrar medarbetare.

En viktig grund för patientsäkerhet är att alla har goda kunskaper i det svenska språket så att överrapporteringar och dokumentation finns i rätt omfattning och av god kvalitet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under året 2021 har resurserna för MAS/MAR utökats genom att ytterligare en MAS har anställts i förvaltningen. Detta tillskott ökar förutsättningarna för att jobba med ett mer strategiskt och systematiskt patientsäkerhetsarbete. Planen för året 2022 är att ta sig an det nationella analysverktyg som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Analysverktyget utgår från nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och ger ett stöd för nulägesanalys och för att identifiera och prioritera bland möjliga förbättringsinsatser. I de fall det behövs kompletterande information för att kunna utföra nulägesanalys kommer sådana mätmetoder tas fram, det kan tex vara att undersöka den patientsäkerhetskultur som råder inom vår förvaltning. Analysverktyget kommer att resultera i en handlingsplan med åtgärder som behöver förbättras eller genomföras. Tanken är att handlingsplanens genomförande behöver läggas upp över en längre tidsperiod som tex en 5-års plan. MAS och MAR kommer att samla de planerade åtgärderna för året samt övriga fortlöpande åtaganden i ett årshjul. Det är viktigt att de identifierade åtgärderna interagerar med de mål som sätts upp i kommande verksamhetsplaner och blir specifika åtaganden för verksamheterna samt har ett avstamp i nämndens strategiska utvecklingsplan framtidens vård och omsorg 2035.

Ett identifierat utvecklingsområde som ligger som en bas för kommande arbete utöver tidigare beskriven handlingsplan är uppföljning av insatta eller uppstartade åtgärder. Detta går hand i hand med behoven av att samla ihop och analysera de resultat som inkommer tex genom kvalitetsregister och avvikelser. Även det som i denna patientsäkerhetsberättelse har presenterats som förbättrings eller utvecklingsarbete tar vi med oss in i nästa års arbete.

Den 1 november 2021 presenterade SKR en ny mall för patientsäkerhetsberättelse. Då hade förvaltningens arbete med årets berättelse redan startat i gång. Trots detta har valet gjorts att använda den nya mallen men rubriker och visst underlag har inte riktigt stämt överens vilket har gjort extra utmanande att få till årets berättelse. Inför nästa årsberättelse finns bättre förutsättningar då mallen är känd och det blir en röd tråd mellan nationell handlingsplan, framtaget analysverktyg med indikatorer och patientsäkerhetsberättelse.