

**Patientsäkerhetsberättelse**  
**för Sala Kommun, Vård och omsorgskontoret**  
**2022**



2023-02-23  
Susanne Arvenius, Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Diarienummer

## Inledning

Mallen för Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.

# 1 INNEHÅLL

1	INNEHÅLL .....	3
2	SAMMANFATTNING .....	4
3	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
3.1.1	Övergripande mål och strategier .....	5
3.1.2	Delmål och strategier för 2022 års patientsäkerhetsarbete .....	6
3.1.3	Organisation och ansvar .....	7
3.1.4	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
3.1.5	Informationssäkerhet .....	9
3.2	En god säkerhetskultur .....	10
3.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	11
3.4	Patienten som medskapare .....	13
4	AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	16
4.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	16
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
4.2.1	Nationella vårdförlopp.....	17
4.2.2	Vårdhygien och smittförebyggande arbete .....	17
4.2.3	Journalföring.....	18
4.2.4	Läkemedel .....	19
4.2.5	Hjälpmiddel och välfärdsteknik .....	20
4.2.6	Läkarmedverkan.....	21
4.2.7	Digitala system.....	21
4.3	Säker vård här och nu.....	22
4.3.1	Riskhantering.....	22
4.3.2	Bemanning .....	24
4.3.3	Leveranser .....	24
4.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	24
4.4.1	Avvikelser.....	25
4.4.2	Kvalitetsregister.....	26
4.4.3	Klagomål och synpunkter.....	28
4.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	29
5	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	30
	Bilaga 1 – VRI – Vårdrelaterade infektioner.....	32
	Bilaga 2. Senior Alert .....	33
	Bilaga 3 - HALT .....	34
	Bilaga 4 – Palliativa registret .....	37

## 2 SAMMANFATTNING

### Engagerad ledning och tydlig styrning

Under hösten började en ny MAS i organisationen och verksamhetschef särskilt boende (SÄBO) och hälso- och sjukvård (HSL) rekryterades efter en tid med tillförordnad verksamhetschef. I och med nya medarbetare i HSL ledningsgruppen har hösten till viss del handlat om orientering i verksamhet. Ledningsgrupp Vård och Omsorg (VoO) beslutade delvis med anledning av det att skjuta på den planerade nulägesanalysen av patientsäkerhetsarbetet till våren 2023. MAS förberedde arbetet under hösten med planering av patientsäkerhetsarbetet. Syftet med nulägesanalysen är att ta fram en lokal handlingsplan för stärkt patientsäkerhet. I enlighet med den Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet *Agera för säker vård*. Användandet av den nya mallen för Patientsäkerhetsberättelsen är en del i det arbetet.

Utmärkande för 2022 års arbete inom Vård och omsorgskontorets verksamheter har varit digitala system, många system har utvecklats, implementerats och driftsatts. Året började med drift av Cosmic, vilket möjliggjorde sammanhållen journal med region Västmanland för hälso- och sjukvården. Därefter har implementering av verksamhetssystemet Pulsen Combine och planeringssystemet Intraphone påbörjats och slutförandet är planerat till första kvartalet 2023. Under höstens sista månader utvecklades ett system för avvikelshantering vilket driftsattes 1 januari. Upphandlingen drog ut på tiden och därför har införandet varit tidspressat och det innebär att vissa förberedande steg har uteslutits, tex en riskanalys för införandet.

### En god säkerhetskultur

Vid sammanställningen av årets Patientsäkerhetsberättelse blir det tydligt att Vård och Omsorgskontorets verksamheter behöver hitta forum för kvalitet och patientsäkerhet i likhet med planen för att foga samman patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen. Många delar i rapporterna berör samma frågor men analyseras alltså i år i två rapporter. Vid sammanställning och analys av material upplevs att hälso- och sjukvården i många situationer är ensamt ansvarig för patientsäkerheten men att även övriga verksamheter är en viktig del och förutsättning för säkrare vård.

### Adekvat kunskap och kompetens

En stor satsning har under 2022 gjorts på kompetenshöjande insatser, dels med vårdsvenska och kompetensförstärkning inom hälso- och sjukvårdens område dels med undersköterskor i hälso- och sjukvårdsgruppen och dels med kompetensutvecklingskriterier för legitimerad personal. Många medarbetare inom våra verksamheter har fått vidareutbildning och kompetensutveckling via arbetsgivaren.

Hälso- och sjukvården har tillsammans med Region Västmanland i arbetet med Nära vård fortsatt att utveckla samarbetet kring Närvårdsteamet under 2022, projektet har förlängts under 2023.

### Patienten som medskapare

Flera projekt har pågått under året med implementering av Sala Kommuns värdegrund, Enkelt, Effektivt och Medborgarvänligt vilket för vård och omsorg delvis handlat om personcentrerad vård. Inom funktionsnedsättningsområdet (FO) har ett arbete med SMARTA (specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt, tidsatt) mål och motiverande samtal genomförts. Inom hemtjänsten (HTJ) har ett projekt kring personcentrerad kommunikation genomförts och inom hälso- och sjukvården (HSL) och på särskilt boende (SÄBO) har man arbetat med verktyg för strukturerad rapportering SBAR (situation, bakgrund, aktivitet, rekommendation).

De fyra rubrikerna utgör enligt *Agera för säkervård* grundläggande förutsättningar för *God och säker vård överallt och alltid – Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada*.

### 3 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.

#### 3.1 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.



##### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Sala kommuns värdegrund är Enkelt, Effektivt och Medborgarvänligt.

**Enkelt:** Vårt arbete kännetecknas av bra samarbeten, öppenhet och välfungerande kommunikation.

**Effektivt:** Vi arbetar hela tiden för att utvecklas och bli bättre. Vi omvärlds bevakar för att lära av andra. Varje del av Sala kommuns verksamhet jobbar löpande med att utvärdera våra resultat.

**Medborgarvänligt:** God service - vi är pålitliga, öppna, tydliga och tillgängliga. Vi är nyfikna, positiva och förutseende i samverkan. Vi har hög kompetens, ger rätt svar och tar vårt uppdrag på allvar.

Sala kommuns övergripande mål för 2022 beslutade av Kommunfullmäktige var:

- Ett växande Sala
- Ett hållbart Sala
- Ett tryggt och rättvist Sala

Vård- och omsorgsnämnden bryter därefter ner de kommunövergripande målen i de för nämnden viktigaste områdena. Varje verksamhetsområde arbetar därefter med målen och definierar sina egna mål.

Övergripande Mål	Definition	VOO	Exempel på aktiviteter kopplade till övergripande mål
<b>Ett växande Sala</b>	Sala ska erbjuda attraktiva boenden och verka för fler arbetstillfällen, stärkt näringsliv och bra utbildning	Hög kvalitet på välfärdstjänster	- Mobilt närvårdsteam i samverkan med regionen. (HSL/HTJ) - Bemanning efter behov (Alla) - Skapa fler mötesplatser (Äldre) - Samverkan med andra verksamheter - Fast omsorgskontakt (HTJ) - Fungerande teamsamverkan (HSL, HTJ och SÄBO)
<b>Ett hållbart Sala</b>	Fokus på människors hälsa och välmående genom hela livet	Bryta utanförskap och minska segregation	- Verka för god missbruksvård. - Tillgång till mötesplatser för personer över 65år inom LSS ökar.

			- Använda ESL (Ett självständigt liv) och MI (Motiverande samtal) i behovsanalys på brukarnivå (FO)
<b>Ett tryggt och rättvist Sala</b>	Fokus på att skapa insyn och inflytande för våra medborgare, föreningar och näringsliv för att stärka trygghet och demokrati	Ge möjlighet till delaktighet och inflytande via medborgardialoger och medborgarförslag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brukarnöjdhet (Htj/SÄBO)</li> <li>- Hantering av inkomna synpunkter och klagomål. (Alla)</li> <li>- Enkätundersökning brukarnöjdhet med hjälp av Pict-O-Stat (FO)</li> <li>- Fokusgrupper (FO)</li> <li>- SMART'a mål (FO Daglig verksamhet)</li> <li>- Dokumentation och Appva (FO)</li> <li>- AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) anpassning av genomförandeplaner (FO)</li> <li>- Uppdaterade genomförandeplaner (Htj)</li> </ul>

### 3.1.2 Delmål och strategier för 2022 års patientsäkerhetsarbete

Målen för verksamheten 2022 var att ha en hög patientsäkerhet och god vård genom att ständigt arbeta med förbättringar och implementera rutiner som hade tagits fram.

Hälso- och sjukvården har arbetat med de kommunövergripande målen för att identifiera mål för verksamheten. Samverkan med verksamhetsområde SÄBO, HTJ och FO utifrån målen hanteras i ledningsgruppen för Vård- och omsorgskontoret. De övergripande målen i Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan för 2022 var att arbeta personcentrerat utifrån värdegrunden och med införandet av SBAR. Vård och Omsorg har arbetat med värdegrunden i verksamheterna på planeringsdagar och apt, i syfte att definiera vad begreppen *Enkelt, Effektivt och Medborgarvänligt* betyder och hur vi kan omsätta det i vårt dagliga arbete. Vidare har arbete för förbättrad samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården i teamträffar samt arbeta för en friskare arbetsplats genom projektet "Hållbart arbetsliv" varit prioriterade mål för året. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har under 2022 även arbetat med att stärka kompetens inom det palliativa området samt förbättrad kvalitet på dokumentation och journalföring.

#### VOO mål

Mål	Aktiviteter
Säkerställa att jämlikhet och likvärdigheter råder vad avser rättssäkerhet och service.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öka antalet e-tjänster.</li> <li>- Handlingsplaner utifrån inkomna synpunkter och klagomål upprättas.</li> <li>- Utarbeta års-hjul för uppföljning och kvalitetsarbete</li> </ul>
Systematiskt arbetsmiljöarbete ska ge förutsättningar för ett positivt arbetsklimat, god hälsa och medarbetarinflytande.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ökad frisknärvaro</li> <li>- Minskad sjukfrånvaro</li> <li>-Hållbart arbetsliv i projekt inkluderade utbildningsinsatser i Vårdsvenska</li> </ul>

## Hälso- och sjukvårdens mål

Mål	Definition	Aktiviteter
Personcentrerad vård		<ul style="list-style-type: none"><li>- Värdegrund</li><li>- Införa SBAR för strukturerad rapportering</li></ul>
Teamträffar	Alla verksamheter inom äldreomsorgen ska ha fungerande teamträffar	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ny rutin för Teamträffar</li><li>-Implementering av rutin i samtliga verksamheter</li></ul>
Palliativ vård	Säkerställa en värdig sista tid i livet och ett gott omhändertagande av avliden.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utbildning för Palliativa ombud via Palliativa resursteamet</li><li>- Översyn Palliativa ombud i alla verksamheter, SÄBO, HTJ och FO.</li><li>- Revidering av rutin för palliativ vård.</li><li>- Implementering Vårdförlopp Palliativ vård.</li></ul>
Dokumentation	Förbättrad kvalitet på dokumentationen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Införa sammanhållen hälso- och sjukvårdsjournal – Cosmic</li><li>- Genomföra kollegial journalgranskning.</li><li>- MAS genomför egenkontroll journalföring</li><li>- Superanvändarråd</li></ul>

### 3.1.3 Organisation och ansvar

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

Vård och omsorgsnämnden har i Sala kommun det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Ansvaret innefattar särskilda boenden för äldre, hemsjukvård för personer över 18 år i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag enligt tröskelprincipen, korttidsvistelse enligt Socialtjänstlagen, dagverksamhet, bostäder inom socialpsykiatri, bostäder med särskild service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, daglig verksamhet (LSS).

**Verksamhetschef HSL** har det övergripande ansvaret för att hälso- och sjukvård bedrivs utifrån lagar och föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att rapportera legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Verksamhetschefen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Verksamhetschefen ska på delegation från Vård- och omsorgsnämnden skicka in anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg om händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Under 2022 har ny verksamhetschef HSL (och SÄBO) rekryterats efter en tid med tillförordnad chef.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** finns i organisationen i enlighet med 11kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen. MAS i Sala kommun har även det övergripande ansvaret för rehabiliteringsmedicinska frågor. MAS ansvarar tillsammans med verksamhetschef HSL för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS ansvar tydliggörs i 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Under 2022 har ny MAS rekryterats efter en tid med tillförordnad MAS från april till september.

**Enhetschefen** ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sin enhet. Enhetschefen ska också säkerställa att medarbetare på enheten arbetar enligt de rutiner som finns i ledningssystemet.

**Alla medarbetare** ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet. Det är en del i det dagliga arbetet genom att de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs och genom att avvikelser uppmärksammas och rapporteras.

**Hälso- och sjukvårdspersonalen** ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

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

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

#### **Extern samverkan**

Representanter från Sala kommuns verksamheter deltar i flera länsövergripande strategiska samverkans forum, tex:

- Chefsforum – gemensamt beslutande organ för länets kommuner och Region, socialchefer och motsvarande från Regionens verksamheter.
- Länsövergripande samverkansgrupp för Hälso- och sjukvårdsfrågor – förberedande forum för tex Chefsforum.
- Samverkansråd avseende olika ämnesområden,
  - Processråd SIP – hanterar frågor som rör utskrivningsprocessen
  - Förvaltningsråd Cosmic – hanterar utvecklingsfrågor rörande sammanhållen journal.
  - Vårdhygien – hanterar frågor rörande vårdhygien, smittförebyggande arbete och vaccinationer.
- MAS nätverket – nätverk för länets alla MAS och MAR – nätverket representerar kommunperspektivet i utvecklingsfrågor rörande tex, vårdförlopp, läkemedel och specifika diagnoser.
- Branschråd med samverkan kring sjuksköterskeprogrammet och fysioterapeutprogrammet – hanterar frågor i samråd med Mälardalens universitet (MDU) bland annat angående verksamhetsförlagd utbildning.
- Strategiskt kundråd – hanterar länsövergripande frågor rörande hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.

Lokala samverkans forum inom det geografiska området Sala kommun.

- Samverkan med Närvården Sala-Väsby och Achima Vårdcentral – i frågor avseende utskrivningsprocessen, vaccinationer, läkarmedverkan mm.



- Samverkan med Närvårdsteamet – i syfte att hitta samverkansformer, samarbetsvinster och tydliggöra ansvarsfördelning mellan Region och vår kommun. Samverkan sker i styrgrupp där ledningsfunktioner från både region och kommun representeras samt i det praktiska arbetet mellan sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter i båda organisationerna.
- Samverkansmöten med samtliga hälso- och sjukvårdsaktörer inom det geografiska området Sala kommun, Sala kommun som vårdgivare, Ambulansen, Sala Lasarett, Achima vårdcentral och Närvården Sala-Väsby genomförs årligen och vid behov.
- Lokal ledningsgrupp vuxnas psykiska hälsa i Sala – Representanter från Öppenvårdspsykiatri, psykiatrisamordnare Sala Kommun, FO, IFO, Närvården Sala Väsby, Achima vårdcentral och brukarorganisationer (RSMH – Riksförbundet för Social och Mental hälsa)
- Frukostklubben – samverkan med lokalt näringsliv, pensionärsföreningar, representanter från Regionen och Sala Kommuns vård och omsorg.
- Samverkan kring fastighetsfrågor mellan FO och fastighetsenheten.

### Intern samverkan

I alla verksamheter inom VOO område pågår samverkan inom och mellan professioner regelbundet i det dagliga arbetet tex.

- Teamträffar – tvärprofessionellt möte med patientperspektiv - uppdaterad rutin under 2022.
- Kvalitetsråd – leds av enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal går tillsammans igenom rutiner, avvikelser och identifierade utvecklingsbehov.
- Professionsträffar – Professionsutveckling och erfarenhetsutbyte för fysio- och arbetsterapeuter separat.
- Palliativa ombudsträffar
- Samverkansmöten på korttidsenheten där biståndshandläggare, boendesamordnare, legitimerad personal och omvårdnadspersonal ingår.
- Gemensamma tvärprofessionella utbildningsinsatser
- Samverkansmöten FO, HSL, rehab, biståndshandläggare och IFO vuxenhandläggare.

### 3.1.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Arbetet med informationssäkerhet pågår i vardagen, vid insamling av material till Patientsäkerhetsberättelsen och analys av informationssäkerhetsläget har brister identifierats. Ett arbete behöver planeras under 2023 för att Sala kommun som vårdgivare ska upprätthålla principerna kring tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet i enlighet med 4kap. 4§ HSL-FS 2016:40.

Rutiner för loggning av system som hanterar känsliga personuppgifter är kända och utförs till viss del i enlighet med rutin.

System	Vem	Frekvens	Resultat
Cosmic - journalsystem	Delegerat från verksamhetschef HSL till Systemförvaltare	Månatligen	Inga avvikelser
Pulsen Combine – Verksamhetssystem	Systemförvaltare	Månatligen	Inga avvikelser

MCSS Appva Digital signering	Systemförvaltare och enhetschef SSK SÄBO	Månatligen	Avvikelse månad 12 hanteras i enlighet med rutin
HSA internrevision	HSA ansvarig	Årligen	Avvikelse i HSA policytillämningsdokumentet identifierades och åtgärdades.
Intraphone Planerings- och dokumentationssystem	Systemförvaltare		Ingen loggning har genomförts – planering för loggning efter införandet är klart våren 2023 pågår.
NPÖ – Nationella patientöversikten			Ingen loggning utförs i dagsläget.

Beställningar och avbeställningar av konton bland annat i Sala kommuns verksamhets, journal och planeringssystem samt viss del av hårdvara tex telefoner och abonnemang hanteras via E-Sumit. Ett centralt digitalt system för hantering av behörighetstilldelning och avslut.

### 3.2 En god säkerhetskultur

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



Under 2022 har ett arbete inletts i ledningsgruppen VOO med att rita processer för kvalitetsarbetet i organisationen. Ett kvalitetsårshjul har tagits fram där kopplingar mellan kvalitet, budget och mål görs. Det reviderade arbetssättet påbörjas i januari 2023.

Under 2022 har det inom äldreomsorgen identifierats ett behov av omtag kring teamträffar och kvalitetsråd. Verksamheterna har tagit fram en ny modell för teamträffar och arbetet har startat. Ett utvecklingsarbete har påbörjats för att ta fram en tydlig struktur för kvalitetsarbete i verksamheterna.

Under hösten 2022 utbildades alla chefer i ett nytt avvikelserapporteringsverktyg som kommer möjliggöra utredning och framför allt återkoppling till verksamhet på ett enkelt sätt. Det nya digitala systemet har stödfunktioner inbyggda i programmet för att förenkla arbetet för utredande enhetschefer. Systemet är uppbyggt enligt processen:



Alla nya medarbetare går igenom en digital utbildning i avvikelserapportering, Lex Sarah och kvalitetsarbete, en uppföljning av kunskapsläget görs i verksamheterna av enhetschef och årligen går verksamheterna igenom rutinen för Lex Sarah på APT.

Rutiner för allt arbete inom nämndens områden uppdateras och revideras regelbundet.

### 3.3 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.



#### Projekt Kompetenscentrum

Under 2022 har omsorgskontoret avslutat ett projekt under ESF (Europeiska Socialfonden) i kompetensutvecklingssyfte. Projektets huvudsakliga syfte var att skapa attraktiva och lärande arbetsplatser där medarbetare inom vård och omsorgsområdets alla verksamheter fått förutsättningar att utveckla reflekterande kompetens och samtidigt kompetenssäkra verksamheterna. Projektet inleddes med en kompetenskartläggning årsskiftet 20/21. Under projektets gång har

- 1160 medarbetare varav ca 350 timvikarier deltagit
- Ca 20 000 timmar kompetensutveckling har genomförts.
- Bestående av; inspelade föreläsningar, workshops, seminarier, forum för reflektioner, bokcirklar, verksamhetsnära aktiviteter i form av reflektionsgrupper.

En kompetensutvecklingsdatabas har byggts upp och har idag flera block som riktar sig till flera olika enheter inom vård och omsorg. Projektet avslutades i september 2022 men har permanentats och arbetet med att samla alla utbildningar i samma modul fortsätter. En kompetenssamordnare är anställd och syftet är att vidareutveckla och implementera arbetsplatslärande och även att förvalta och utveckla aktiviteter kopplat till kompetensutveckling. Kompetenssamordnare har också ansvar för den digitala plattform där utbildningskatalogen och tillhörande verktyg samlats.

I utbildningskatalogen finns 14 kunskapsblock som totalt innehåller 76 olika utbildningsmoduler – framtagna av projektet i samverkan med medarbetare som är särskilt yrkeskunniga inom respektive område. Alla utbildningar har en fakta del, en informationsdel/film, reflektionsfrågor för enskild reflektion eller i grupp, kontaktuppgifter till externa aktörer samt källhänvisning och länkar för fördjupad kunskap och vidare kompetensutveckling.

#### Särskilt yrkeskunniga

Under 2021 arbetade Enhetschefer för HSL, tillsammans med legitimerad personal, fram lönekriterier för kompetensutveckling och särskilt yrkeskunniga med syftet att stärka kompetens och möjliggöra utveckling.

Sjuksköterskorna har arbetat fram kompetenskriterier som baseras på sex av sjuksköterskans kärnkompetenser i syfte att möjliggöra professionsutveckling. De sex kärnkompetenserna är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Utvärderingen visar att medarbetare har ökat sin kunskap och förståelse för personcentrerad vård med patienten som medskapare, händelserapportering som en del av utvecklingsarbetet och dokumentation. Arbetet fortgår och kommer vara ett bra instrument i fortsatt arbete för att stärka sjuksköterskans roll i kommunen. Flera sjuksköterskor har påbörjat specialistutbildning under 2022.

Kompetensutveckling för legitimerad personal har skett bland annat genom:

- deltagande i föreläsningar,
- kortare utbildningar och kurser,
- deltagande i seminarier och workshops,
- Auskultation i andra verksamheter.
- Sex sjuksköterskor inom SÄBO har fått utbildning Vaccination i praktiken.
- Tre fysio- och arbetsterapeuter har genomgått utbildning till förflyttningsinstruktörer via Modern Arbetsteknik,
- Alla arbetsterapeuter har utbildats i bedömningsinstrumentet *COPM*
- Samtliga inom rehab gruppen har fått en heldagsutbildning i sittande.

### **HSL undersköterskor**

I projekt under 2022 har undersköterskor anställda i sjuksköterskeorganisationen, både inom SÄBO och hemsjukvård. Syftet med projektet var:

- att avlasta sjuksköterskor med uppgifter som inte kräver legitimation för att möjliggöra för dem att arbeta mer patientnära
- att möjliggöra karriärvägar för undersköterskor i organisationen, att få växa i sin yrkesroll och använda hela sin kompetens.

Projektet som finansieras av medel för Nära vård har förlängts under 2023 då utfallet av projektet är lyckat. Undersköterskor har växt i sin roll och legitimerad personal har upplevelsen att det avlastar. Ett fortsatt arbete för att definiera sjuksköterskans roll och tidsåtgång pågår i syfte att kompetenssäkra och resurssäkra i omställning till Nära vård. Önskemålet från verksamheterna är att permanenta lösningen.

Rehabgruppen har inte anställt någon undersköterska inom ramen för projektet. De har anställt en rehabassistent i syfte att avlasta arbetsterapeuter och fysioterapeuter i en tid där rekryteringssituationen varit utmanande. Utvärderingen visar att rehabgruppen har identifierat flera arbetsuppgifter som kan utföras rehabassistent och inte av legitimerad personal.

### **Förflyttningsutbildning**

Rehabgruppen har under 2022 utbildat tre medarbetare till förflyttningsinstruktörer via Modern arbetsteknik. Totalt finns åtta utbildade förflyttningsinstruktörer i Rehabteamet.

Under 2022 har samtliga arbetsterapeuter och fysioterapeuter fått kompetensutveckling på området genom en halv dags utbildning med praktiska övningar, som hölls av instruktörerna.

Utbildningsmaterial för förflyttningsutbildningar till baspersonal och sommarvikarier, samt för utbildning i hantering av personlyftar, har reviderats av rehabteamet under året. En ny, teoretisk utbildning har tagits fram och implementerats, den ingår sedan våren 2022 i introduktionsprogrammet för nyanställda medarbetare inom vård och omsorg. Inför sommaren 2022 erbjöds förutom den teoretiska webbutbildningen, praktisk utbildning i förflytningsteknik och lyfthantering för sommarvikarier (undersköterskor och vårdbiträden inom vård och omsorg). Totalt genomförde 63 sommarvikarier utbildningen.

Under hösten startades utbildning i förflytningsteknik för ordinarie personal (undersköterskor inom vård och omsorg), som förutom den teoretiska webbutbildningen består i två halvdagar med praktiska övningar kopplade till verkliga patientfall. Under hösten genomförde totalt 33 ordinarie medarbetare utbildningen.

Även utbildning för ordinarie personal i hantering av personlyftar, startades upp under hösten. Totalt genomförde 11 medarbetare denna utbildning.

### Projekt Hållbart arbetsliv

Under 2022 har ett projekt, Hållbart arbetsliv pågått i Sala Kommun. Inom ramen för projektet som finansierats av stadsbidrag har medarbetare inom vård- och omsorgskontorets verksamheter arbetat med frågor om friskare arbetsplatser.

Insatser syftade till att:

- Stärka svenska språket inom vård och omsorg - Vårdsvenska
- Stärka fokus på friskfaktorer och öka medarbetarengagemang
- Stärka kommunikation på arbetsplatserna
- Främja tidiga insatser för att förebygga sjukskrivning
- Öka fysisk aktivitet
- Skapa karriärvägar för undersköterskor

Resultaten visar på att projektet uppfyllt målet att öka ett hållbart arbetsliv och öka frisknärvaro. Effektmålen uppfylldes delvis. Två av tre områden höjde resultatet i medarbetarenkäten för återhämtning (total). Utvärderingar visar på att fem av sju satsningar i projektet haft positiva resultat.

Lärlarledd vårdsvenska visar på en stark upplevd förbättring av svenska språket och arbetsterapeutisk kurs resulterade i att självskattad risk för utmattningssyndrom sjönk avsevärt.

Slutligen konstateras att projektets insatser haft mycket positiva resultat men att insatserna skulle behöva pågå under en längre tid för att stärka ett långsiktigt positivt resultat. Projektet föreslår bland annat fortsatt utveckling av arbetssätt med vårdsvenska, tidiga insatser och hållbarhetsombud.

### Nära Vård ledarskapsprogram

SKR erbjuder chefer och ledare ett utbildningsprogram i syfte att rusta och stärka deltagarna för ett uthålligt och modigt ledarskap, samt att öka kompetensen att leda en storskalig förändring mot Nära vård. Programmet syftar också till att skapa forum för att dela erfarenheter och att lära av varandra.

Enhetschefer HSL och verksamhetschefer har gått ledarskapsprogram Nära vård under 2022, socialchef gick utbildningen 2021. Under 2023 kommer medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef för funktionsstödsområdet också att gå den utbildningen.

### 3.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*



### Brukarmedverkan

Årligen skickas en brukarundersökning ut till alla med insatser inom vård och omsorg, resultatet analyseras sedan på övergripande nivå och på enhetsnivå. Utifrån resultatet tar sedan varje verksamhet fram en handlingsplan utifrån behovet, resultatet ligger också till grund för mål och aktiviteter för verksamheterna.

I Kolada (Kolada) kan verksamheterna jämföras med andra kommuner vilket används för att identifiera utvecklingsområden i vår egen verksamhet.

Intern och extern samverkan sker regelbundet med patientorganisationer. Anhörigcentrum har som en uppgift att vara delaktig i arbetet med dem. Verksamheterna samverkar regelbundet med organisationer som är av vikt för inriktningen på verksamheten. Det kan vara allt från Demensföreningen till kultur och fritid. ”Frukostklubben” är ett forum där pensionärsföreningar, kultur och fritidsliv får möjlighet att träffas och utbyta erfarenheter, delge varandra utvecklingsprojekt och behov. Ett mycket bra event som uppskattats och har skapat en förståelse för varandras verksamheter och behovet i stort.

Brukarråd finns i delar av verksamheterna för att fånga upp verksamhetsfrågor och för att skapa delaktighet samt kvalitetshöjande insatser i verksamheterna utifrån brukarnas önskemål.

Hemtjänstindex är en ny undersökning som lanserades 2022 i syfte att hjälpa kommunerna att mäta och jämföra kvalitet i flera årliga undersökningar. Hemtjänstindex är ett initiativ från SPF seniorerna och genomförs med stöd från Allmänna arvsfonden. Sala kommun placerar sig på åttonde plats av Sveriges 290 kommuner i Hemtjänstindex. Mätningen bygger på fyra delindex enligt nedan och ger en siffra mellan 0–100.

- Information på kommunens hemsida
- Biståndshandläggning
- Utförande
- Kommunens utveckling/kvalitetsarbete

Under 2022 har hemtjänsten deltagit i ett pilotprojekt i personcentrerad kommunikation, Action – a person-centred communication intervention, ett flexibelt utbildningsprogram via ett samarbete med Mälardalens universitet och Högskolan i Borås. Projektet har uppskattats av hemtjänstpersonalen.

Rehabgruppen tillsammans med hemtjänsten arbetar förebyggande för ökad delaktighet med syfte att implementera tidiga och förebyggande insatser för äldre i ordinärt boende samt undersöka om det kan motverka ohälsa i sådan utsträckning att den äldre klarar av att förbli hemmaboende längre. Att den äldre kan förbli självständig och med målet att minska behovet av hemtjänstinsatser för äldre i ordinärt boende vid beslut om bistånd. Att ge den enskilde sådant stöd att den anser stödet vara avgörande för livskvalitet och eller upplevd hälsa samt bibehålla självständighet och egna förmågor i egna hemmet.

Genom screening av hälsorisker hos äldre i ordinärt boende, och samverkan mellan olika enheter och aktörer, erbjuda adekvata och anpassade insatser i primär- och sekundärpreventivt syfte.

### **Synpunkter och klagomål**

Hantering av synpunkter och klagomål från medborgare, brukare och närstående är en viktig del av arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. Syftet är att brister inte ska uppstå eller upprepas. Om en brist ändå uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att liknande händelse inträffar igen. Den bakomliggande orsaken till bristen ska identifieras genom en utredning på systemnivå, det vill säga en orsak som är kopplad till organisation och inte person.

En del klagomål som kommer till verksamhetens kännedom kan ibland röra ett missförhållande eller en allvarlig vårdskada. I de fall behöver händelsen hanteras både som ett klagomål och som en avvikelse i avvikelshanteringssystemet, men också utredas vidare som ett missförhållande eller vårdskada, det vill säga

att en Lex Sarah eller Lex Maria utredning behöver inledas. Det görs enligt rutinerna för Lex Sarah och för Lex Maria.

Enhetschefer ansvarar för att utreda klagomål- och synpunkter som inkommer till verksamheten och gör det i samråd med Legitimerad personal och enhetscheferna för HSL i de situationerna klagomålet alternativt synpunkten rör dessa delar av verksamheten.

Under 2022 har flera verksamhetsområden haft som mål att arbeta med inkomna klagomål och synpunkter. Bland annat arbetat med förståelsen för vad som är synpunkter och klagomål samt hantering av dessa och återförande till verksamheten för kunskap och utveckling.

Inkomna synpunkter och klagomål redovisas varje tertiäl för nämnden.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

### 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Systematisk analys av inrapporterade avvikelser har varit svårt i det digitala systemet Stella som ursprungligen utformats för arbetsmiljöavvikelser och tillbud. Sammanställning av antalet inrapporterade avvikelser är grovt tilltagen och förutsätter att inrapportering har skett enligt rutin, men eftersom inrapportering av arbetsmiljöavvikelser är i samma system har vi identifierat brister i kunskap om skillnaden mellan verksamhetsavvikelser och arbetsmiljöavvikelser. I januari 2023 byter Vård- och omsorgskontoret avvikelshanteringssystem.

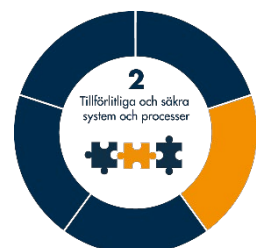
Avvikelser hanteras i verksamheterna av enhetschef som utreder, åtgärdar, följer upp och återkopplar till verksamheten. I de situationer där avvikelserna är av allvarlig karaktär och risk för allvarlig vårdskada föreligger kontaktas MAS för fördjupad utredning. MAS har också ansvar för att ”skanna” avvikelssystemet efter allvarliga vårdskador eller risker för allvarliga vårdskador. Kvalitetsutvecklare har samma funktion som MAS men avseende risker för missförhållanden och rapportering enligt Lex Sarah.

Ingen systematisk skattning av avvikelsernas allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning har gjorts i Stella, ett utvecklingsområde som planerats in i det nya avvikelssystemet. Där hela processen från rapportering till uppföljning och återförande till verksamheten går att följa.

Externa avvikelser, avvikelser i vårdkedjan och avvikelser rörande andra huvudmän har hanterats liknande verksamhetsavvikelser av respektive enhetschef. MAS är mottagare av avvikelser från andra huvudmän, och tilldelar sedan utredningsansvaret till respektive enhetschef. Ett behov av ett omtag kring externa avvikelser har identifierats och planeras i och med införandet av nytt avvikelssystem. Samverkan med ansvarig för externa avvikelser inom regionens verksamheter finns etablerad och i Processråd SIP hanteras utvecklingsfrågor avseende utskrivningsprocessen.

### 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.





#### 4.2.1 Nationella vårdförlopp

Nationellt kliniskt kunskapsstöd arbetar med framtagande av vårdförlopp, vårdprogram samt riktlinjer och rekommendationer för vårdens medarbetare och verksamhetsledning. Syftet med kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet med visionen:

*"Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika".*

De nationella arbetsgrupper som finns ser över kunskapsläget och tar fram övergripande riktlinjer har representation från både kommuner, regioner, patientföreningar och professioner med särskild kompetens inom området. Nya vårdförlopp och program går på remiss till berörda verksamheter innan beslut om implementering fattas. Sala har haft representation i bland annat Stroke och TIA (Transitorisk ischemisk attack) arbetsgruppen som under hösten avslutat sitt arbete och vårdförloppet är fastställt för implementering under 2023. Sala kommun har även en representant i Nationella arbetsgruppen för sköra äldre.

Inom området palliativ vård och kognitiva sjukdomar har under 2022 ett arbete genomförts i länet med implementering, flera seminarier och utbildningsinsatser har genomförts och Sala har deltagit med legitimerad personal, enhetschefer för HSL och MAS.

Nya vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer kommer Sala tillhanda via socialchefs nätverk, MAS och MAR nätverk, SKR information och de remisser som kommer ut.

#### 4.2.2 Vårdhygien och smittförebyggande arbete

Under 2022 genomförde Vårdhygien en utbildningsinsats i Sala kommun för att utbilda hygienombud på SÄBO. Ett 30 tal hygienombud utbildades.

I november kom Socialstyrelsen med nya föreskrifter för smittförebyggande arbete inom vård och omsorg vilket föranlett en revidering och omskrivning av rutin för basala hygienrutiner och smittförebyggande arbete. Tidigare dokument fokuserade mycket på Covid 19 och efter revidering omfattas hela vård- och omsorgsförvaltningens vårdhygieniska arbete. Under 2023 planeras för ytterligare utbildningsinsatser för både chefer och medarbetare samt framtagande av handlingsplan och genomförande av vårdhygieniska egenkontroller (VEK).

Ingen hygienrond har genomförts i någon verksamhet sedan 2017, det var planerat till 2020 men fick ställas in och skjutas fram på grund av pandemin, i samband med omtag gällande hygienombud har även hygienronder med hygiensjuksköterska från vårdhygien planerats in under våren 2023. I vissa verksamheter är det ännu längre sedan en hygienrond med vårdhygien genomfördes och en plan för hygienronder även inom hemtjänst och funktionsnedsättningsområdet läggs för 2023.

Mål	Egenkontroll	Resultat och Analys
100% följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Självskattning utförs 2 gånger/år i alla verksamheter	Metoden för insamling av data har varit självskattning med varierande resultat. Flera enheter rapporterar 100% följsamhet till samtliga åtta steg i basala hygienrutiner och klädregler vilket inte överensstämmer med det nationella resultatet när observationsstudier har använts enl. SKR databas för punktprevalensmätningar.

		<p>Resultatet har i år analyserats av varje enhetschef, ingen systematisk insamling av analysen har genomförts.</p> <p>I några av de verksamheter där analys har sammanställts och presenterats kan vi se att brister i desinfektering av händerna före patientkontakt vilket överensstämmer med resultat från riket.</p> <p>Alla medarbetare inom vård och omsorg har under året genomgått Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>Åtgärder Att under 2023 införa observationsstudier och delta i PPM (punktprevalensmätningar) i BHK (Basala hygienrutiner och klädregler). Att utbilda fler hygienombud i verksamhetsområde Hemtjänst och FO</p>
Minska risken för vårdrelaterade infektioner (VRI)	Rapportering varje månad från SÄBO till vårdhygien, <i>Se bilaga 1</i>	<p>Inrapporteringen visar att förekomsten av VRI i Sala kommun är låg, dock ser vi en relativt hög användning av Antibiotika för svårläkta sår på vissa boenden. Men siffran genomsnittsmättet på 2,6% säger inget då vi inte har något referensvärde att jämföra med i år. Vi ser också en signifikant skillnad mellan enheter i antalet kateterbärare. Ingen fördjupad jämförande analys har genomförts.</p> <p>Åtgärder: Dialog med vårdhygien och vårdcentralerna har inletts under slutet av 2022 för att hitta analysverktyg och samverkanspunkter utifrån den här frågan.</p>

#### 4.2.3 Journalföring

Under 2022 bytte hälso- och sjukvården journalsystem, sammanhållen hälso- och sjukvårdsjournal med Regionen i Cosmic implementerades. Utbildningsinsatser och framtagande av lathundar lade grunden till införandet och den första tiden. Vid journalgranskningar under året har efterlevnad av rutin varit bristfälligt och en handlingsplan har tagits fram för säker dokumentation.

Mål	Metod	Resultat, analys och åtgärd
100% följsamhet till rutin	Egenkontroll genomförs av MAS vår och höst samt i form	<p>Sammantagen följsamhet till rutin var våren 80% och hösten 58%, troliga identifierade orsaker handlar om att systemet var helt nytt under våren och att överföringar från tidigare system och nya bedömningar låg till grund för egenkontrollen då.</p> <p>Fortsatt ser vi brister i kunskap och följsamhet till rutin för journalföring enligt Patientdatalagen som troliga orsaker till det låga resultatet.</p>

	av kollegial granskning	<p>En del medarbetare har också uttryckt behov av ytterligare utbildning i det nya journalsystemet och tydliga instruktioner.</p> <p>Exempel på fynd i granskningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brister i dokumentation och uppföljning av status.</li> <li>- Brister i uppföljning av vårdplaner</li> <li>- Brister i signering av journaltexter</li> </ul> <p>En del av resultatet härrörs till brister i den granskningsmall som använts. Det är en gammal mall som togs fram för granskning av det tidigare journalsystemet. Förutsättningarna i det nya systemet ser annorlunda ut och därför måste mallen justeras.</p> <p>Åtgärder          Handlingsplan för säker dokumentation          Genomgång och revidering av befintliga rutiner planeras till 2023          Revidering av granskningsmall för egenkontroller.</p>
Införa SBAR	Utbildningsinsatser	<p>SÄBO har under 2022 utbildat och instruerat omvårdnadspersonal i användning av SBAR för överrapportering till legitimerad personal. Legitimerad personal (sjuksköterskor, fysio- och arbetsterapeuter) genomgick regionens webbutbildning i SBAR under 2022. Legitimerad personal använder SBAR i sin överrapportering mellan arbetspass och i dokumentation vid övertagande av ärende.</p> <p>Hemsjukvården har påbörjat införandet av SBAR i hemtjänsten och inom FO, där är de största delarna av arbetet planerat för våren 2023.</p>

#### 4.2.4 Läkemedel

Mål	Metod	Resultat, analys och åtgärd
Säker läkemedels-hantering	Kvalitetsgranskning läkemedel	<p>Ingen kvalitetsgranskning läkemedel kunde göras under 2022, i stället blev det planerat till januari 2023 pga. resursbrist hos företaget som granskar.</p> <p>De lokala läkemedelsrutinerna för SÄBO har reviderats under hösten 2022. Arbetet för revidering av lokala läkemedelsrutiner Hemsjukvård och LSS och Socialpsykiatri planeras till 2023.</p> <p>Arbete med att identifiera åtgärder avseende avvikelser i Appva, tex för försenad administrering och signering av läkemedelsdoser har pågått i alla verksamheter mellan sjuksköterskor och enhetschefer och planerare.</p>
Säker delegering	Översyn Delegeringsprocessen	Delegeringsprocessen i Sala kommun innefattar en digital utbildning via Demenscentrum, en lokal utbildning som sjuksköterska från@ kommunen håller i och ett kunskapstest. Kunskapstestet har reviderats

		och i processen har vi identifierat behov av att ta fram även ett skriftligt underlag för instudering inför skriftligt prov. Ett skriftligt underlag tror vi kan öka tillgängligheten om medarbetaren har ett material att läsa in sig på.
Årlig läkemedelsgenomgång	Enkel läkemedelsgenomgång	<p>Inom SÄBO görs regelbundet läkemedelsgenomgångar i enlighet med rutin, vissa problem med läkarmedverkan och dokumentation har under 2022 identifierats. 57% av patienterna haft strukturerade läkemedelsgenomgångar, dessa har till stor del utförts av läkare från närvården Sala Väsby på de boenden de rondar. Boenden som rondas av läkare från Achima vårdcentral har inte haft strukturerade läkemedelsgenomgångar.</p> <p>Ingen sammanställning av antalet läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvården och LSS har gjorts under året.</p> <p>Inom LSS har vårdcentralerna under 2022 börjat arbeta systematiskt med kallelse till läkare för årlig läkemedelsgenomgång, samverkan mellan vårdcentralen och hemsjukvården LSS kring det har utvecklats. Vårdcentralerna erbjuder även utbildningsinsatser till sjuksköterskor inom funktionsnedsättningsområdet utifrån den specifika problematiken som kan uppstå där.</p> <p>Inom hemsjukvården görs läkemedelsgenomgångar hos vissa patienter beroende på anledningen till att de är anslutna till hemsjukvården.</p> <p>Åtgärder: Översyn av befintlig rutin gällande läkemedelsgenomgångar, översyn av dokumentation och uppföljning avseende läkemedelsgenomgångar planeras till 2023. Samverkan med Achima vårdcentral för att hitta en lösning på skillnaderna mellan de två vårdcentralernas hantering.</p>

#### 4.2.5 Hjälpmedel och välfärdsteknik

Inom VoOs verksamheter använder vi flera digitala verktyg och system kopplade till välfärdsteknik. Bland annat användning av positionerings larm, GPS larm, Nattkamera för tillsyn, digitala nycklar och digitala inköp. Vi har digitala signeringslistor och för omvårdnadsdokumentation ett system som är plattformsoberoende och möjliggör dokumentation från brukarens hem, vilket minskar risken för att dokumentation blir missad i och med att den i stor utsträckning kan föras direkt i anslutning till utförd insats.

Mål	Metod	Resultat, analys och åtgärd
Säker hjälpmedels hantering	Inventering, årliga kontroller, egenkontroller, systematisk uppföljning av förskrivning	<p>Inventering av kommunägda hjälpmedel genomfördes vid två tillfällen under 2022. Gamla och ej fungerande hjälpmedel kasserades.</p> <p>Under 2022 infördes ett nytt system för fakturaunderlag för hjälpmedelsfakturer från Hjälpmedelscentrum, vilket möjliggör lättare och mer detaljerad uppföljning både av förskrivna alternativt hyrda och inköpta hjälpmedel i särskilt boende.</p> <p>Personförskrivna hjälpmedel följs upp på individnivå i samband med teamträffar och i samband med inflytt på särskilt boende. Hjälpmedel som inte används återsänds till Hjälpmedelscentralen, eller</p>

		<p>rekonditioneras och återanvänds hos annan patient om hjälpmedlet är inköpt och ägs av kommunen.</p> <p>Sala kommun har avtal med Hjälpmedelscentralen gällande periodisk inspektion och service av kommunägda vårdsängar och personlyftar. Dessa hjälpmedel inspekteras och funktions kontrolleras av tekniker enligt fastställt schema och intervall.</p> <p>Hjälpmedelsansvarig höll en träff med hjälpmedelsombuden på särskild boende och korttidsenheten under hösten 2022. Dessa träffar är planerade att fortsätta som forum under kommande år. Tema på hösten träff var hjälpmedelsombudens roll och ansvar, samt rutiner för rengöring och underhåll och återlämning av hjälpmedel.</p>
Övrig välfärds-teknik	Upphandling	<p>Rehabgruppen har under hösten 2022 upphandlat ett nytt digitalt system för ordinationer och instruktioner av träningsprogram, syftet till upphandlingen var att möjliggöra för individen att själv vara delaktig i sin behandling, samt att öppna en kanal mellan ordinator och utövare. Planering för införandet och beslut är fattade under 2022, men införandet är planerat till 2023.</p>

#### 4.2.6 Läkarmedverkan

Egenkontroller avseende läkarmedverkan görs i samverkan med vårdcentralerna. För 2022 tog Regionen i samråd med kommunerna fram en ny mall för uppföljning som även genererar en handlingsplan i de fall brister identifieras. I Sala har egenkontrollen utförts tillsammans med Närvården Sala-Väsby men Achima vårdcentral har vid skrivandet inte genomfört någon uppföljning.

Verksamhet	Egenkontroll	Resultat, analys och åtgärd
Närvården Sala Väsby	Uppföljning enligt mall	Uppföljningen har genomförts men inte sammanställts vid färdigställande av denna Patientsäkerhetsberättelse. Tanken med sammanställningen är att den ska följas upp i mars av kommunen och vårdcentralen gemensamt. Vilket är planerat.
Achima Vårdcentral	Uppföljning enligt mall	Inte utförts för 2022 vid skrivandet av Patientsäkerhetsberättelsen

#### 4.2.7 Digitala system

##### Cosmic

Under våren 2022 bytte Hälso- och sjukvården journalsystem från Procapita till Cosmic i syfte att skapa bättre förutsättningar för sammanhållen journal med regionen. Planeringen för införandet pågick under sista delen av 2021 där riskanalyser genomfördes. Utbildningsinsatser tog vid i januari 2022 och systemet togs i bruk i februari. Uppföljning av införandet har genomförts i form av journalgranskningar, dels av MAS, dels kollegiala granskningar. Ett fortsatt utvecklingsområde har identifierats när det kommer till kvalitetssäkring av innehåll i journal utifrån Patientdatalagen. I riskanalysen vid införandet identifierades en risk för att informationsöverföring mellan omvårdnad och hälso- och sjukvården påverkas för att motverka det görs i samband med införandet av Intraphone (se nedan) ett omtag kring informationsöverföring mellan omvårdnad och hälso- och sjukvården. Övriga risker som tidigt identifierats har hanterats och följts upp under året.

## Intraphone

Under 2022 startade Vård- och omsorgskontoret ett projekt under EFS paraply för införande av planeringssystemet Intraphone i alla verksamheter, i införande innefattas även Pulsen Combine som verksamhetssystem och det gamla verksamhetssystemet Procapita har fortsatt varit i drift under införandet som beräknas vara klart första tertialen 2023. Ingen riskanalys gjordes vid uppstarten av projektet och flera utvecklingsbehov har identifierats under arbetets gång. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv uppmärksammandes behovet av samverkan med hälso- och sjukvården i syfte att säkerställa informationsöverföring mellan omvårdnad och hälso- och sjukvården som nämnt ovan. En ny rutin arbetades fram och ingår i projektets slutfas under 2023.

## Teams

Under 2022 har Vård- och omsorgskontorets verksamheter inkluderats i Sala Kommuns införande av Teams som arbetsyta, Teams möjliggör delning av dokument, och förenklade kommunikationsvägar. Införandet gick fort i vissa delar av organisationen och andra delar har under hösten fortsatt implementeringen. I och med övergången till Teams från kommunens lokala servrar har flera patientsäkerhetsrisker identifierats och ett arbete pågår med inventering av och framtagning av en handlingsplan för att säkerställa att informationshantering i Teams överensstämmer med rådande lagar för informationssäkerhet.

### 4.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



#### 4.3.1 Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

#### Kort och långsiktig riskanalys

Verksamheterna arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. Bedömningar görs fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och risker för vårdskador. För varje sådan händelse uppskattar den ansvarige sannolikheten för att händelsen inträffar och gör en uppskattning om vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Inför planerade förändringar, exempelvis organisationsförändringar eller vid införandet av ny teknik eller nya metoder genomförs en riskanalys. Riskanalysen identifierar bakomliggande orsaker till risker och möjliggör för adekvata åtgärder i syfte att minska risken för och effekterna av negativa händelser.

Risikanalyser utförs bland annat utifrån:

- Verksamhetsperspektiv
- Individperspektiv
- Säkerhetsperspektiv
- Arbetsmiljöperspektiv

- Medicinskt perspektiv

Exempel på när riskanalys genomförs i verksamheterna

- Organisations- eller verksamhetsförändringar
- Införande av nya arbetssätt och metoder
- Införande av nya tekniska produkter.
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld
- Arbetsmiljön i arbetet med den enskilde individens i deras hem
- I arbetet på individnivå utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att förhindra till exempel fall, trycksår, malnutrition, munhälsa och BPSD problematik.
- Vid suicidrisk, risk att individer avviker från boendet, självskada mm.
- Utifrån säkerhetsrisker tex. brand.

### **Individnivå**

I det dagliga arbetet ingår riskbedömning som en del av inskrivningsförfarandet, omvårdnadspersonalen riskbedömer brukarens hem både i ordinärt och särskilt boende utifrån brandrisk, arbetsmiljörisker och tex fallrisk. När en individ flyttar in på särskilt boende görs riskbedömning med stöd av Senior Alert vedertagna bedömningsinstrument, utifrån risker för fall, undernäring, sår och ohälsa i munnen. Riskbedömningen görs i team och leds av sjuksköterskan. Riskbedömningar ligger sedan till grund för att titta på bakomliggande orsaker och planering av åtgärder i det dagliga. Legitimerad personal kan tex se över läkemedel, gångförmåga, och födointag medan omvårdnadspersonalen arbetar med att minimera risker i brukarens hem tex borttag av mattor.

BPSD skattning (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens) görs för alla individer på våra demensavdelningar och för de som har konstaterad kognitiv svikt i andra verksamheter. Registreringen identifierar beteenden som är en risk för att individens välmående och interaktion med övriga individer. Skattningen genomförs i multiprofessionellt team och leds av personer som utbildats i BPSD registrering.

### **Övergripande verksamhet**

Vid organisations- eller verksamhetsförändringar, vid införandet av nya metoder eller arbetssätt och när nya tekniska produkter börjar användas i verksamheten ska en riskbedömning genomföras. Vid dessa tillfällen görs analysen både avseende verksamhet, individen och arbetsmiljö. Analysen dokumenteras i fastställd mall där bakomliggande orsaker identifieras, åtgärder fastställs och följs upp.

Under 2022 gjorde en omfattande riskanalys gällande omorganiseringen av bemanningsenheten. Även riskbedömningar utifrån resultaten i medarbetarundersökningen är genomfört på enhetsnivå.

Under hösten 2022 när Socialstyrelsen släppte den nya riktlinjen avseende smittförebyggande arbete inom vård och omsorg är det tydligt att risken för smitta och smittspridning behöver tas med i alla former av riskbedömningar både på individ och verksamhetsnivå. Ett arbete för att implementera det nya arbetssättet och perspektivet på riskanalyser behöver arbetas fram under 2023

### **Arbetsmiljö**

Utifrån risk för lägre bemanning har riskanalyser gjorts och dessa följs upp regelbundet tex inför sommarmånaderna. Det finns rutiner i verksamheterna för vad som ska prioriteras i händelse av låg bemanning och hur situationen ska hanteras.

Under 2022 gjorde funktionsnedsättningsområdet har en riskanalys när medarbetarna skulle byta titlar från undersköterska, skötare, och vårdare till stödbitråde, stödassistent och stödpedagog.

### 4.3.2 Bemanning

Det svåra rekryteringsläget för legitimerad personal har under 2022 fortsatt vara svår, behovet av inhyrd personal har dock succesivt minskat under då vi trots brister på legitimerad personal ändå har lyckats rekrytera. Behovet av fortsatt bemanning med inhyrd personal avser vakanstäckning.

Sjuksköterskorna har ingått en upphandling där kravställaren ger enhetscheferna möjlighet att granska kompetens, CV och erfarenhet innan tilldelning. När nya hyrsjuksköterskor börjar i verksamheten ges de introduktion och inloggning i samtliga system likt ordinarie personal. Inhyrd personal förväntas göra samma arbetsuppgifter som ordinarie personal och deltar på APT, möten och i utvecklingsarbetet till viss del.

Inhyrda legitimerade fysio- och arbetsterapeuter får introduktion och förväntas i likhet med sjuksköterskorna göra samma arbetsuppgifter som ordinarie personal. Inhyrd personal får vid uppstart genomgå förskrivningsutbildning via Hjälpmedelscentrum (HMC) för att få förskriva hjälpmedel i Västmanlands län.

En analys av antalet medarbetare per enhetschef har gjorts och visar att en enhetschefs förutsättningar att genomföra ett gott och nära ledarskap är utmanande i befintlig ram. De individer vi har i våra verksamheter och kraven på kvalitet, uppföljning och planering ökar. För att bibehålla och skapa förutsättningar för ett nära ledarskap behöver en organisationsförändring ses över. Med utgångspunkt i de undersökande arbete som föranletts av Coronapandemin och förslaget till ny Äldreomsorgslag ser vi behovet av att analysera läget för Salas enhetschefer. Kompetensutvecklingsplan för chefer inom vård- och omsorg behöver definieras.

### 4.3.3 Leveranser

Störningar i närtid avseende leveranser har noterats under året, brister i leveranser av läkemedel som lett till justeringar av beredningsformer och i vissa situationer har det lett till att patienter blivit utan ordinerat läkemedel. Information om leveranssvårigheter kommuniceras dels direkt från Apoteksbolagen, dels via läkemedelskommittén till MAS nätverket.

Vi har också noterat svårigheter att ordinera pumpstöver för kompressionsbehandling av sår, det tros bero på att Västmanland inte valt att ta in stöveln i sortiment.

Inom hjälpmedelsområdet ser vi också förseningar och uteblivna leveranser, orsaken kopplas samman med situationen i Ukraina där flera leverantörer har sina fabriker, HMC har hanterat det bra genom att utöka sin verksamhet för rekonditionering av återlämnade hjälpmedel och patientpåverkan är därmed minimal.

## 4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.





Vid insamling av material till årets Patientsäkerhetsberättelse har vi identifierat flera utvecklingsområden, bland annat arbetet med att riskbedöma och analysera. Vi har noterat att vi identifierar, utreder och åtgärdar avvikelser och risker och genomför egenkontroller men vi brister i uppföljning, återföring av information till verksamheterna för att uppnå lärande.

Materialet vi samlar in analyseras inte strukturerat på övergripande nivå varför det också är svårt att planera behov och resurser i våra verksamheter framåt.

Vi behöver arbeta mer proaktivt med riskbedömningar både på individ och verksamhetsnivå för att tidigt identifiera behov kompetensförsörjning, resurstilldelning eller kompetensutvecklingsbehov. Liksom att analysera vårt material fortlöpande under året för att dra lärdom av insamlat material och framför allt i syfte att återföra kunskap till verksamheterna som mål.

#### 4.4.1 Avvikelse

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

All personal inom vård och omsorg utbildas i avvikelserapportering och om skyldigheterna att rapportera risker för missförhållanden och vårdskador. En digital utbildning i rapportering av avvikelser det nya avvikelssystemet har genomförts för samtliga medarbetare under december 2022.

Område	Antal	Sammanställning av resultat	Analys och planerade åtgärder
Fall	1115	Fall som krävt sjukhusvård 23, fall med identifierad skada 236. Antalet inrapporterade fall överensstämmer inte med data från Senior Alert, en systematisk jämförelse är inte möjlig	I utredning av avvikelser rörande fall har vi identifierat ett behov av att revidera rutiner för fall och fallriskbedömning och åtgärder vid fall.
Brister i HSL	212	Av dessa är 152 brister i utförande och uppföljning och 60 brister i dokumentation.	Handlingsplan för säkrare dokumentation är fastställd. Samverkan mellan omvårdnad och HSL behöver ses över
Trycksår	9	Endast 9 trycksår har rapporterats som avvikelser.	Vid analys av Senior Alert och HALT mätning framkommer en annan frekvens och även om den bara mäter på SÄBO överensstämmer inte siffrorna. Planera för utbildningsinsatser ang. rapportering av Sår som avvikelser.
Läkemedel	1234	391 saknar signering 259 läkemedel har inte givits 500 avvikelser på övrigt – vilket kan vara bristande kontroll mot ordinationsunderlag, avvikelser vid kontrollräkning narkotika, felaktig förvaring. 76 avvikelser är registrerade som fel läkemedel, dos eller styrka given till patient.	Många avvikelser har hanterats i verksamheten i dialog mellan enhetschefer och sjuksköterskor. Ändringar i det digitala signeringssystemet har genomförts. Digitala läs monterades under 2022 på samtliga läkemedelsskåp med förvaring av narkotika. Revidering av lokala läkemedelsrutiner planeras våren 2023 Revidering av delegeringsrutin planeras för 2023 Arbetsätt för delegering har reviderats

Samverkan	129	101 externa, delvis på lokala vårdcentraler men i de flesta fallen på avvikelser i utskrivningsprocessen.	Samverkansmöten med lokala vårdcentraler vid behov Samverkan med utskrivningssamordnare i slutenvården planeras. MAS och kvalitetsutvecklare kommer under 2023 att samordna alla externa avvikelser för att bättre kunna analyser och följa utveckling.
Uteblivna insatser	96	96 HSL insatser har inte blivit utförda, 34 insatser enligt LSS och 31 insatser enligt SoL.	Analys av resultatet går inte att genomföra utifrån brister i det digitala systemet för hantering. Det framkommer inte om det är legitimerad personal och eller delegerad personal som bidragit till att insatser uteblivit.  I samtal har det dock framkommit att en del avvikelser på området har handlat om att ordinerade träningsprogram inte utförts pga. att omvårdnadspersonal utan delegering inte har behörigheter i det digitala signeringsystemet MCSS Appva.  Behörighetstilldelningen i MCSS Appva behöver ses över under 2023
<b>Allvarliga avvikelser</b>			
Lex Sarah	1	Brister i omvårdnad och kommunikation med anhöriga	Rapporterades till IVO efter ett klagomål på en av våra genererat en utredning där brister identifierades.
Lex Maria	1	Risk för allvarlig vårdskada efter fall och klämskada.	Identifierade orsak: - Hantering av trygghets och rörelselarm Bifynd: - Hantering av avvikelser och återkoppling till verksamhet - Brister i kontakt mellan dag och nattsjuksköterska och omvårdnadspersonal. - Brister i bemötande från ordinarie personal mot vikarier och brukare. - Dokumentation av skyddsåtgärder Samtliga åtgärder planeras i verksamheten och följs upp regelbundet av ansvarig verksamhetschef tillsammans med leg. personal och enhetschef.

#### 4.4.2 Kvalitetsregister

Antalet registreringar i Senior Alert har ökat under 2022 jämfört med 2021, riskbedömningar enligt Senior Alert är från hösten 2022 en punkt på de tvärprofessionella teamträffar som alla enheter inom SÄBO har.

I dagsläget arbetar inte hemsjukvården med riskbedömningar i ordinärt boende.

Sjuksköterskorna på SÄBO registrerar dödsfall i Palliativa registret, ett arbete har påbörjats för att öka användningen, kontakt med vårdcentralerna har etablerats för att identifiera gemensamma utvecklingsområden, så att informationen som rapporteras in också leder till kvalitetsutveckling.

2022 deltog Sala kommuns särskilda boenden inom äldreomsorgen för första gången i den nationella mätningen HALT (healthcare associated infections and antimicrobial use in longterm care facilities). HALT är ett verktyg för att samla data gällande våldsrelaterade infektioner (VRI), riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning samt indikatorer för vårdtyngd, tex inkontinens, mobilitet och desorientering. Metoden används för mätningar i hela Europa.

Mål	Metod	Resultat, analys och åtgärd
<b>Senior Alert</b>		
Alla patienter på SÄBO	DFRI - fall MNA - nutrition NORTON - trycksår ROAG - munhälsa  Senior Alert  <i>Se bilaga 2</i>	<p>292 unika personer har riskbedömts under 2022, vilket är nära nog 100% av samtliga på SÄBO. Andelen personer med trycksår och risk för undernäring har ökat, däremot har andelen personer med risk för fall minskat.</p> <p>I jämförelse med inrapporterade fall i avvikelssystemet finner vi att fler avvikelser har rapporterats in än som noterats i Senior Alert – dock förekommer en viss diskrepans eftersom det är svårt att utläsa i avvikelse systemet om fall skett på säbo eller i ordinärt boende medan statistiken från Senior alert bara hanterar personer &gt;75 år boendes på särskilt boende.</p> <p>Andelen med trycksår är oroväckande hög och diskrepansen i förhållande till inrapporterade avvikelser gällande sår är stor. Tittar man dessutom på resultatet från mätning av VRI ser vi en stor användning av antibiotika vid svårläkta sår på vissa enheter. Dock överensstämmer inte mätningarna här heller utifrån vilka enheter som har mycket antibiotika i förhållande till de enheterna med många svårläkta sår och trycksår.</p> <p>Pga. den höga andelen personer med trycksår behöver det området prioriteras under 2023.</p>
<b>Starta HALT mätning</b>		
Att genomföra HALT mätning på SÄBO	Svenska HALT via Senior Alert  <i>Se bilaga 3</i>	<p>Sala genomförde för första gången mätningen HALT jämförelsen har därför gjorts med riket och inte med föregående års resultat.</p> <p>Vårdtyngden i Sala kommun är igenomsnitt strax under riksgenomsnittet:</p> <p>Andelen desorienterade patienter är 57,6% i Sala och 64,9% i riket</p> <p>Andelen patienter med inkontinens är 62,9% i Sala och 62,5% i riket.</p> <p>Andelen patienter som är rullstolsburna eller sängliggande är 35,4% i Sala och 39,7% i riket.</p>

		Risikfaktorer är i genomsnitt högre i Sala än i riket i stort. Andelen patienter med KAD är 13,4% i Sala och 9,9% i riket Andelen patienter med trycksår är 12,1% i Sala och 5% i riket Andelen patienter med andra sår är 14,6% i Sala och 10,7% i riket
<b>Palliativa registret</b>		
100% Smärt- skattning livets sista vecka	Palliativa registret  <i>Se bilaga 4</i>	I jämförelse från 2021 kan vi se en ökning av antalet registrerade -smärtskattningar livets sista vecka från 56,9% till 77,1% -munhälsobedömningar från 40% till 46,5% -dokumenterade brytpunktssamtal från 56,9% till 74,3%
90% Munhälso- bedömning		Dock visar resultatet fortsatt att vi har långt kvar till målvärdet.
98% brytpunkts- samtal		Analysen visar att vi även i år är nära målvärdet gällande personlig närvaro vid dödsögonblicket, ordinationer mot smärta och oro, samt att patienterna inte avlider med trycksår.  Registreringar görs idag uteslutande på SÄBO, men ett utvecklingsarbete kommer inledas under 2023 inom Hemsjukvården. En dialog med vårdcentralerna kring. Behovet att använda resultat i kvalitetssäkring och utveckling i samråd med vårdcentralerna har diskuterats inför kommande år.

#### 4.4.3 Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter inkommer till kommunen via e-tjänst, registrator diarieför och tilldelar utredningsansvar till respektive enhetschef som utreder och återför svar till registrator.

På enhetsnivå hanteras inkomna synpunkter och klagomål från individer i våra verksamheter och närstående i enlighet med rutin. Återkopplingen ansvarar respektive enhetschef för.

Verksamheten arbetar vidare med inkomna synpunkter och klagomål och använder analysen i planering och utveckling av verksamheten.

Verksamhetsområde	Antal 2021	Antal 2022
SÄBO	7	10
Hemtjänst	9	1
Funktionsnedsättnings området	12	10
Hemsjukvården	0	1
Övrigt	0	1
TOTALT	28	23

Under 2022 har ett av klagomålen som inkommit till verksamhet efter utredning rapporterats till IVO som en Lex Sarah. Vid sammanställning inväntar vi fortfarande återkoppling från IVO i det aktuella fallet.

Patienter har möjlighet att rapportera synpunkter på vården till Patientnämnden. Under 2022 har inga ärenden från patientnämnden inkommit till Vård- och omsorgskontoret.

#### 4.5 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 patientsäkerhetssammanhang beskrivs det som resiliens.



Vård- och omsorgskontoret har planerat för att genomföra en nuläges analys över patientsäkerhetsläget inom kommunen. Utifrån den analysen kommer vi att ta fram en handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete i Sala Kommun. I samband med analysen hoppas vi även kunna identifiera områden där vi behöver lägga fokus utifrån ett omvärldsperspektiv.

Noterat under 2022 utifrån omställningen till Nära vård är att Sala kommun till stort har satsat på Närvårdsteamet. Ett omtag kring frågor rörande psykiatri och det sjukdomsförebyggande perspektivet skulle behöva göras inom våra verksamheter.

Länsstyrelsen bjöd under hösten 2022 in representanter från kommunens hälso- och sjukvård till seminarium och dialog om utmaningar och förberedelser om krisen kommer. Dialogen genomfördes av MAS och verksamhetschef HSL tillsammans med kommunens beredskapssamordnare. Ett fortsatt arbete planeras dels från Länsstyrelsens sida, dels inom hälso- och sjukvården utifrån omvärldsfaktorer vi står inför.

Sala kommun och Mälardalens Universitet har ett intentionsavtal som handlar om att Sala ska tillhandahålla en högskolemässig verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor, fysioterapeuter och socionomer. Sala kommun har också lämnat in ett önskemål till Mälardalens Universitet om att få starta ett akademiskt boende i Sala, i dagsläget inväntar vi svar angående det.

Rehabgruppen har etablerat kontakt med Uppsala universitet som planerar att starta en utbildning för Leg. Arbetsterapeuter under hösten 2023 även här finns ett intentionsavtal avseende verksamhetsförlagd utbildning.

#### Beredskapsplaner och avbrottsrutiner

Varje enhet har arbetat fram beredskapsplaner utifrån sina respektive verksamheters behov, tex vatten, el- och yttre påverkan.

Avbrottsrutiner har tagits fram utifrån varje arbetsmoment som verksamheterna identifierat utifrån risker i omvärlden som el, internet, telefon och kommunikationsavbrott i syfte att säkerställa fortsatt god vård- och behandling samt dokumentation i händelse av allvarlig kris.

## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Identifierade mål för kommande år presenteras enligt de fem fokusområdena för patientsäkrare vård och omsorg. I grova drag handlar utmaningar och strategier inför kommande år om att definiera våra utmaningar och arbeta strategiskt långsiktigt och inte enbart reaktivt.

Vård och omsorgskontoret har infört många nya digitala system, välfärdsteknik i arbetet och nya arbetssätt i klinisk verksamhet dock behöver arbetssätten följas upp och utvecklas vidare för ett långsiktigt hållbart perspektiv dels på god och säker vård överallt och alltid, dels i syfte att klara omställningen till nära vård.

Under 2023 följer vi med spänning och nyfikenhet utvecklingen kring förslaget om ny Äldreomsorgslag och med den uppdaterade och reviderade lagar inom samtliga områden under VOO.

Fokusområde	Vad?	Hur?
Öka kunskap om vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildningsinsatser avvikelshantering</li> <li>- Avvikelse i vårdkedjan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelbundna analyser av inkomna avvikelser utifrån allvarlighetsgrad och bakomliggande orsaker.</li> <li>- Identifiera avvikelser i vårdkedjan i syfte att minska risken för ”mellan stolarna”</li> </ul>
Tillförlitliga och säkra system och processer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbetssätt i digitala system, loggning och rutiner</li> <li>- Kvalitetsregistrering och egenkontroller</li> <li>- Implementera nationella vårdförlopp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skapa loggningsrutin för Intraphone</li> <li>- Skapa loggningsrutin för NPÖ (Nationella patientöversikten)</li> <li>- Handlingsplan för säkrare dokumentation</li> <li>- Revidering av rutiner avseende Läkemedel, delegering och hantering av MCSS Appva.</li> <li>- Säkerställa informationsöverföring mellan omvårdnad och hälso- och sjukvård.</li> <li>- Handlingsplan palliativ vård.</li> <li>- Genomföra egenkontroller vårdhygien och basala hygienrutiner och hygienronder.</li> </ul>
Säker vård här och nu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riskhantering</li> <li>- Bemanning och resursanvändning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genomföra riskanalyser i ett patientperspektiv samt vid alla omfattande förändringar i verksamhetsnära system och processer.</li> <li>- Möjliggöra för samtliga verksamhetsområden att bidra vid riskanalyser.</li> <li>- Följa upp effekterna av Hållbart arbetsliv</li> </ul>
Stärka analys, lärande och utveckling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omtag kring kvalitetsråd</li> <li>- Återförande av kunskap</li> <li>- Riskprevention Fall, sår och nutrition</li> <li>- Hjälpmiddel</li> <li>- Kvalitetsregister implementering och analys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Införande av patientsäkerhetsronder eller liknande i lärande syfte.</li> <li>- Revidera rutin för kvalitetsråd på enhets- och verksamhetsområdesnivå.</li> <li>- Implementera observationsstudier avseende BHK, delta i PPM (punktprevalens mätning) trycksår och genomföra VEK i alla verksamheter.</li> <li>- Fortsätta arbetet med hjälpmiddelsombud i verksamheterna.</li> <li>- Analysera insamlat material från HALT, BHK, VEK, palliativa registret och andra verktyg</li> </ul>

		tillsammans med legitimerad personal och andra aktörer i samverkan.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HLR och brandutbildning</li> <li>- Handlingsplaner för beredskap</li> <li>- Genomgång av Hälso- och sjukvårdens beredskapsplaner och driftstopprutiner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genomföra nulägesanalys och ta fram en handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete.</li> <li>- Utbilda legitimerad personal i HLR och brand.</li> <li>- Revidering av prioriteringsordning vid låg bemanning och beredskapsplaner samt driftstopprutiner.</li> <li>- Identifiera nyckeltal för att bättre kunna planera och resurs sätta verksamheten.</li> </ul>

Utöver ovan nämnda mål har några specifika utvecklingsområden definierats vid årets analys i arbetet med Patientsäkerhetsberättelsen.

**Sårvård** och sår förebyggande arbete: vid analys av HALT mätningen framkommer att Sala kommun har 12% trycksår noterade på särskilt boende till skillnad från rikets 5%, det är en hög och oroväckande siffra som inte överensstämmer med inrapporterade avvikelser på nyuppkomna sår. Vi ser vid analysen av data från Senior Alert att antalet personer med risk för trycksår har minskat men att förekomsten av trycksår har ökat, totalt 112 trycksår identifierade på 64 unika individer. Enligt data från infektionsregistreringen kan vi se att förekomsten av antibiotika också är hög på vissa SÄBO. Under 2023 kommer ett Nationellt vårdprogram för svårläkta sår. Ett arbete behöver planeras avseende trycksår förebyggande insatser och sårvård.

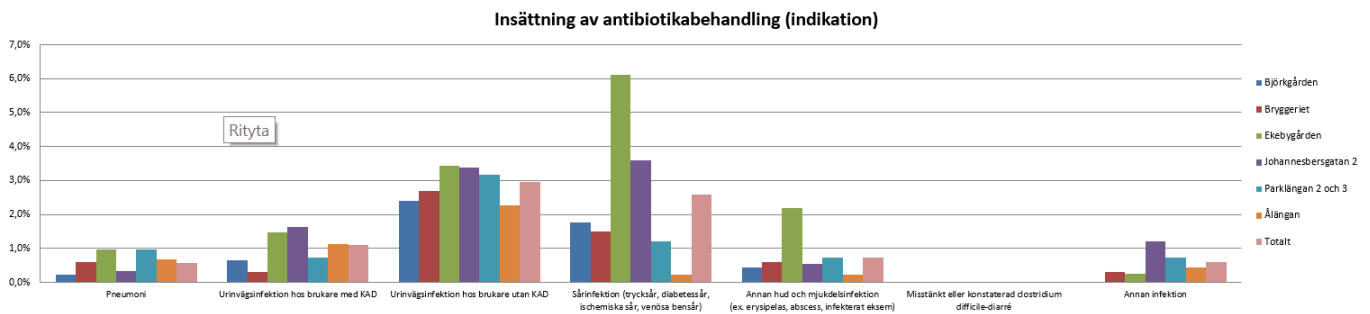
**Observationsstudier** avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler – här behövs en utbildningsinsats för observatörer och hygienombud i alla verksamheter. Uppföljning och registrering i SKR´s PPM (punktprevalensmätning) databas för att möjliggöra digital sammanställning av resultatet samt möjlighet att jämföra Sala mot resten av länet och riket i stort.

**Hygienronder** är prioriterat under 2023 utifrån att rekommendationen är att hygienronder ska utföras i verksamheter som bedriver vård- och omsorg var tredje år och det har passerat mer än 5 år sedan någon hygienrond genomförts. Arbetet med hygienronder kommer också att kompletteras med vårdhygienisk egenkontroll i samtliga verksamheter, en egenkontroll som planeras i verksamheten årligen från och med 2023.

## Bilaga 1 – VRI – Vårdrelaterade infektioner

**Mål:** Att månatligen rapportera till vårdhygien enligt rutin från samtliga SÄBO,

**Resultat:** Ett omtag om inrapporteringen har gjorts under 2022, inrapporterat material analyseras utifrån tidigare månaders resultat och en fråga har ställts till vårdhygien inför 2023 att få ta del av andra kommuners och rikets resultat samt att ett arbete inleds med vårdcentralerna för att identifiera utvecklingsområden då ansvaret delas med läkare.



Tabell 1: Insättning av antibiotika för pneumoni, UVI med KAD, UVI utan KAD, sårinfektioner, andra hudåkommor, annan infektion. Färgerna symboliserar de olika SÄBO som rapporterar in. Data hämtat från vårdhygiens sammanställning av Infektionsregistrering.

## Infektionsregistrering ackumulerat 2022

Sala kommun

MAS: Susanne Arvenius

	Björkgården		Bryggeriet		Ekebygården		Johannesbergsgatan 2		Parklängan 2 och 3		Ålängan		Totalt	
		%		%		%		%		%		%		%
<b>Totalt antal boende under pågående registrering</b>	456		335		409		918		410		442		2 970	
<b>Antal boende med urinkateter</b>	63	13,8%	12	3,6%	42	10,3%	95	10,3%	78	19,0%	69	15,6%	359	12,1%
<b>Insättning av antibiotikabehandling (indikation)</b>														
Pneumoni	1	0,2%	2	0,6%	4	1,0%	3	0,3%	4	1,0%	3	0,7%	17	0,6%
Urinvägsinfektion hos brukare med KAD	3	0,7%	1	0,3%	6	1,5%	15	1,6%	3	0,7%	5	1,1%	33	1,1%
Urinvägsinfektion hos brukare utan KAD	11	2,4%	9	2,7%	14	3,4%	31	3,4%	13	3,2%	10	2,3%	88	3,0%
Sårinfektion (trycksår, diabetessår, ischemiska sår, venösa bensår)	8	1,8%	5	1,5%	25	6,1%	33	3,6%	5	1,2%	1	0,2%	77	2,6%
Annan hud och mjukdelinfektion (ex. erysipelas, abscess, infekterat eksem)	2	0,4%	2	0,6%	9	2,2%	5	0,5%	3	0,7%	1	0,2%	22	0,7%
Misstänkt eller konstaterad clostridium difficile-diaré	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Annan infektion	0	0,0%	1	0,3%	1	0,2%	11	1,2%	3	0,7%	2	0,5%	18	0,6%
<b>Antal boende med känt bärarskap av MRB</b>	12	2,6%	0	0,0%	1	0,2%	23	2,5%	10	2,4%	14	3,2%	60	2,0%
<b>Influensa</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabell 2: Procentuell sammanställning av ackumulerade inrapporterad för 2022. Data hämtat från vårdhygiens sammanställning av Infektionsregistrering.



## Bilaga 2. Senior Alert

**Mål:** Att alla brukare på SÄBO ska riskbedömas utifrån fall, trycksår, undernäring och munhälsa,

**Resultat:** 292 unika personer har riskbedömts under 2022, samtliga på SÄBO. Andelen personer med trycksår och risk för undernäring har ökat, däremot har andelen personer med risk för fall minskat. I jämförelse med inrapporterade fall i avvikelssystemet finner vi att fler avvikelser har rapporterats in än som noterats i Senior Alert – dock förekommer en viss diskrepans eftersom det är svårt att utläsa i avvikelse systemet om fall skett på säbo eller i ordinärt boende medan statistiken från Senior alert bara hanterar personer >75 år boendes på SÄBO

Andelen med trycksår är oroväckande hög och diskrepansen i förhållande till inrapporterade avvikelser gällande sår är stor. Tittar man dessutom på resultatet från mätning av VRI ser vi en stor användning av antibiotika vid svårläkta sår på vissa enheter. Dock överensstämmer inte mätningarna här heller utifrån vilka enheter som har mycket antibiotika i förhållande till de enheterna med många svårläkta sår och trycksår.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Sala kommun	292	96% ↑ 400 av 416	92% ↑ 367 av 400	94% ↑ 377 av 400	53% ↑ 181 av 342	112 ↑ 64 personer	117 ↑ personer	20 ↑ 13 personer	136 ↑ personer	
Trycksår		34% ↓ 143 av 416	96% ↑ 137 av 143	97% ↑ 139 av 143	54% ↑ 80 av 128					
Undernäring		64% ↓ 268 av 416	97% ↑ 261 av 268	97% ↑ 261 av 268	65% ↑ 103 av 237					
Fall		85% ↑ 353 av 416	97% ↑ 344 av 353	97% ↑ 342 av 353	55% ↑ 104 av 267					
Munhälsa		53% ↓ 210 av 410	90% ↑ 199 av 210	95% ↑ 206 av 210	51% ↑ 89 av 176					

Tabell 1: Antal riskbedömningar utförda, totalt 292 unika personer, av dessa har bakomliggande orsaker till risk identifierats i 92% av fallen och åtgärder satts in för 94%, enligt rapporten har dock bara 53% av risker och åtgärder följts upp inom 6 månader. Från senior Alert Senior alert (uu.se)

	Unika personer	Utfall					
		Trycksår		BMI<22	Fall		Munhälsa grad 2
		Antal personer	Antal trycksår	Antal personer	Antal personer	Antal fall	Antal personer
Sala kommun	292	64	112	117	14	21	136
Björkgården Grupp 1	25	4	9	10	0	0	9
Björkgården Grupp 2	19	5	5	6	1	1	6
Bryggerigatan	33	5	5	16	5	7	13
Ekebygården 1	24	7	8	8	3	8	6
Ekebygården 2	19	3	4	7	1	1	10
Jakobsbergsgården Park1	48	7	11	25	0	0	18
Jakobsbergsgården Park1 2	19	3	4	5	0	0	11
Jakobsbergsgården Park1 3	19	1	1	7	0	0	10
Johannesbergsgatan vån 1	12	1	1	4	0	0	1
Johannesbergsgatan vån 2	16	5	7	5	3	3	9
Johannesbergsgatan vån 3	21	5	7	10	1	1	16
Johannesbergsgatan vån 4	18	5	14	7	0	0	12
Ålängan vån 1 och 3 SÄBO	23	12	27	9	0	0	11
Ålängan vån 4 och 5	14	4	9	4	0	0	9

Tabell 2: visar antalet riskbedömningar och antal personer/ enhet med identifierade risker. Tabellen visar även antalet faktiska trycksår och fall samt antalet personer med BMI <22 samt risk för dålig munhälsa. Från senior Alert Senior alert (uu.se).

## Bilaga 3 - HALT

**Mål:** Att mäta HALT även 2023

**Resultat:** Sala kommun jämför sig med riksgenomsnittet vid svenska HALT mätningen för 2022. Värt att notera är att antalet inkluderade vårdtagare är en punktmätning för dagen då mätningen utförs emedan antalet unika personer som riskbedömts och registrerats i Senior Alert är fler vilket beror på att registrering i Senior alert görs regelbundet över tid och således påverkas av antalet avlidna under ett år.

	Sala Alla enhetstyper	Riket Alla enhetstyper	Riket totalt
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	239	20360	20360
Antal vårdtagare med korttidsvård	10	421	421
Antal kvinnor	149	13431	13431
Antal män	90	6929	6929
Antal >80 år	182	14662	14662
Antal >85 år	131	10488	10488
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	3	225	225
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	1%	1%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	3	231	231
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	3	625	625
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	3	470	470
- Antal vårdtagare med profylax	0	163	163
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	1%	3%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	3	684	684

Version 4.3.3. Inloggad med användarnamn: 559026466081

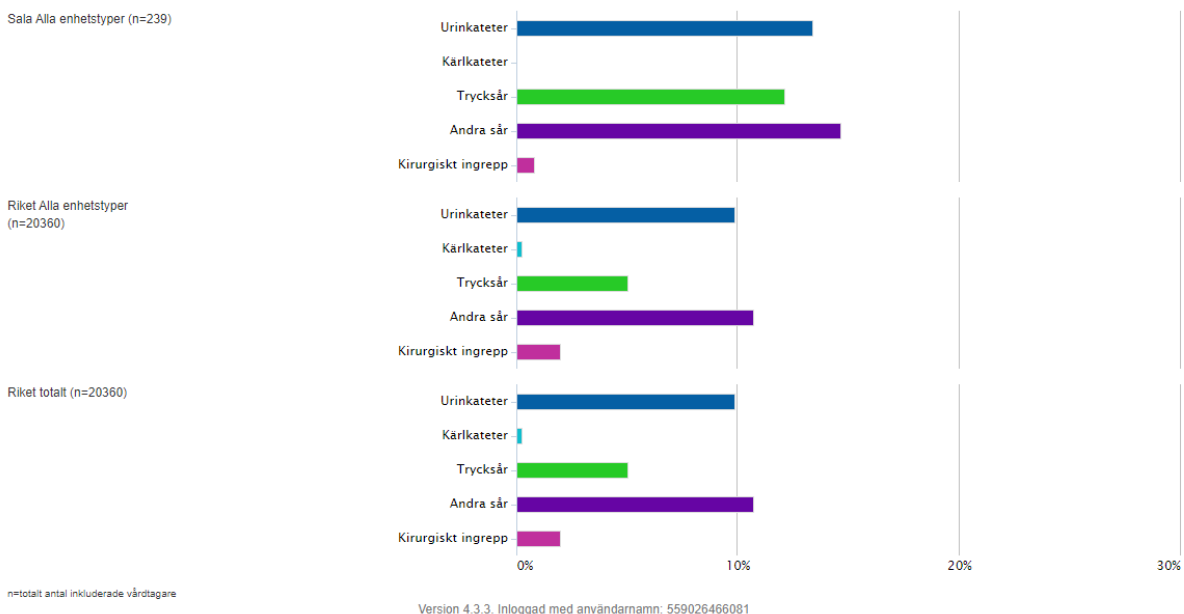
Tabell 1: Totalt antal inkluderade vårdtagare Inklippt från HALT (uu.se)

Vid analys av nedan resultat ser vi att Sala kommun har en högre andel personer med trycksår och övriga sår än övriga riket, vi kan också konstatera att Sala kommun har högre andel brukare med kvarliggande urinkateter, däremot har vi väldigt få patienter med kvarliggande kärkateter.

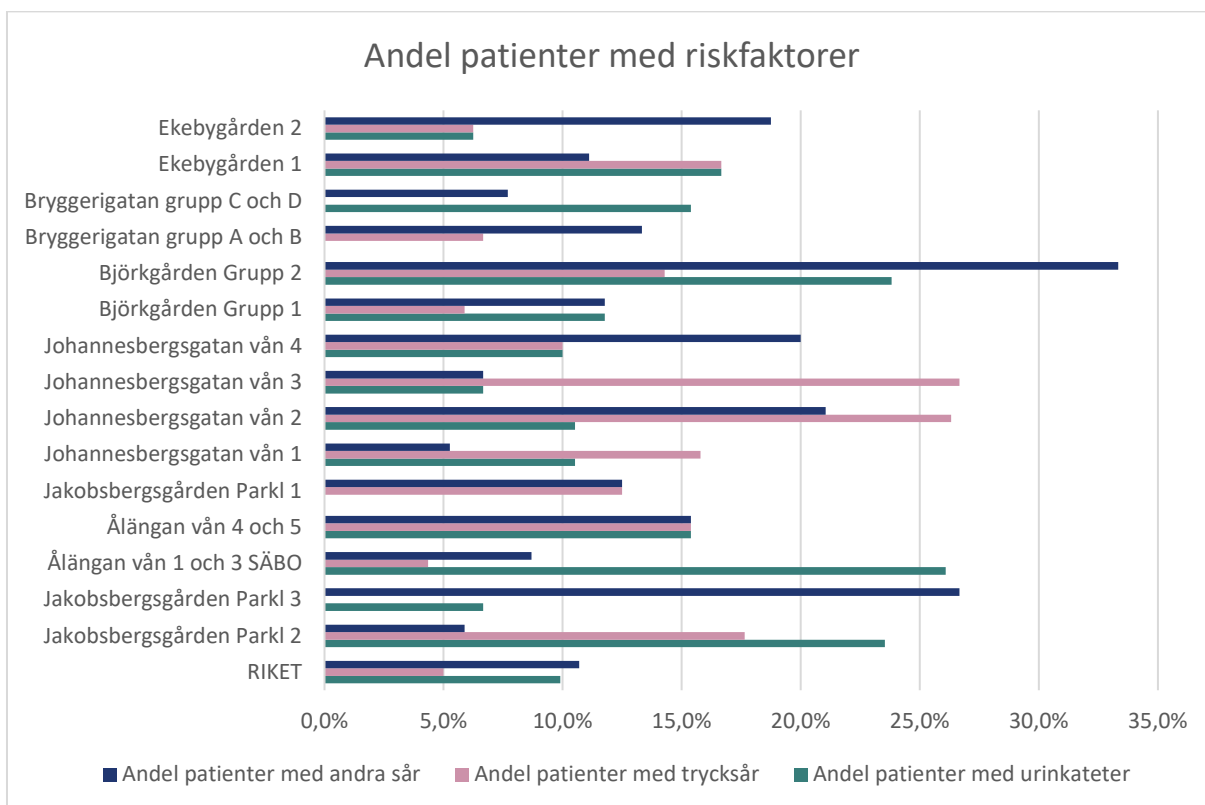
Avseende faktorer av vikt för vårdtyngd ligger Sala kring riksgenomsnittet. Dock ser vi en viss fördelning inom kommunen gällande vårdtyngd. Dessa siffror skulle kunna hjälpa till att bedöma vårdtyngd och fördelning av resurser till de enheterna med hög vårdtyngd.

Fördelning av riskfaktorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Sala. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



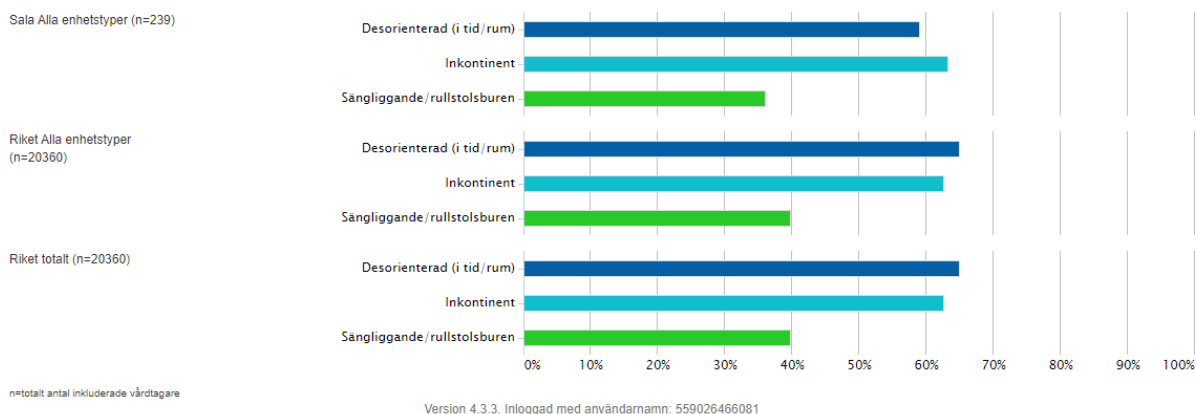
Tabell 2: Riskfaktorer i Sala jämfört med riket. Inklippt från Svenska HALT resultatet HALT (uu.se)



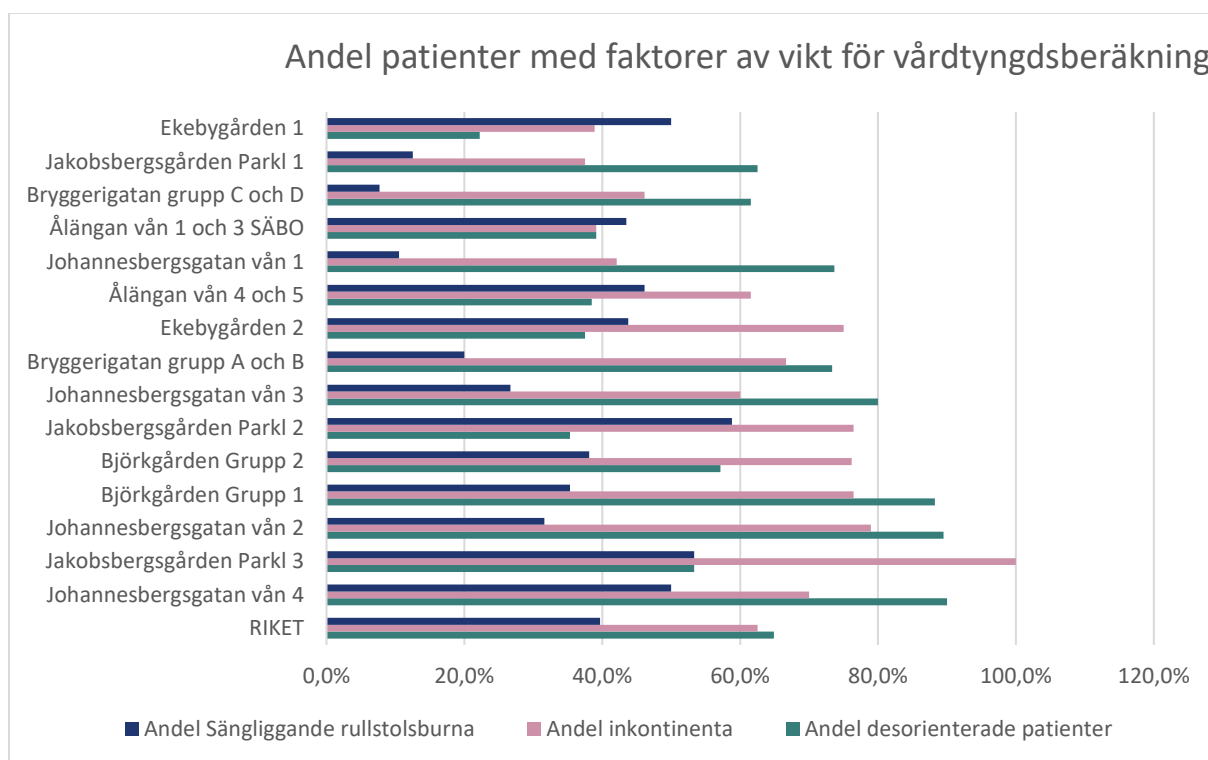
Tabell 3: Andel patienter med riskfaktorer i Sala jämfört med riket. Inklippt från Svenska HALT resultatet HALT (uu.se)

Fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Sala. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla



Tabell 4: Vårdtyngdsfaktorer i Sala jämfört med riket. Inklippt från Svenska HALT resultatet HALT (uu.se)



Tabell 5: Faktorer av vikt för vårdtyngdsberäkning i Sala jämfört med riket. Inklippt från Svenska HALT resultatet HALT (uu.se)

## Bilaga 4 – Palliativa registret

**Mål:** Att registrera och ta ut statistik samt arbeta med VILS blanketter och göra ett omtag kring palliativ vård.

**Resultat:** Antalet dödsfall för perioden 2022 uppgick till 72 varav 97,2% var väntade dödsfall. Att jämföra med 2021 års siffror på 70 observerade dödsfall varav 92,9% var väntade. I Sala Kommun har 110 personer avlidit under 2022 att jämföra med 136 personer 2020 och 108 personer 2021.

Analys över kvalitetsindikatorer i spindeldiagram nedan visar oss att antalet brytpunktssamtal har ökat från 56,9% till 74,3% från 2021 till 2022, även antalet individer som har dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan har ökat från 56,9% till 77,1%. Fortsatt på en låg nivå ligger munhälsobedömning där strax under hälften har en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan. Även i år ligger Sala nästan i mål vad det gäller ordinationer mot smärta och ångest samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Även avseende utan trycksår i livets slut har Sala goda resultat.



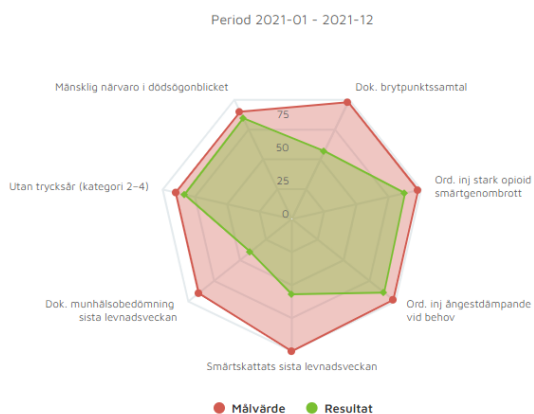
### Antal inrapporterade dödsfall

Period 2022-01 - 2022-12

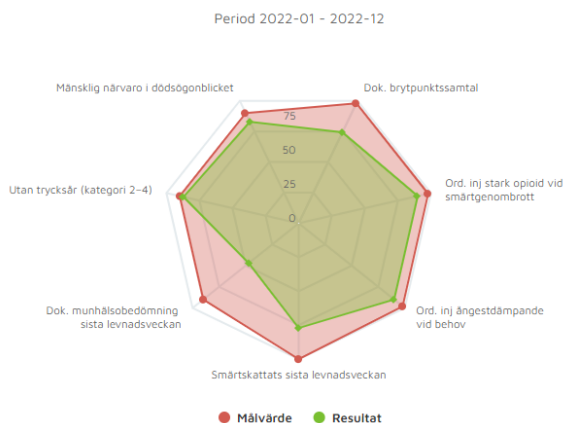
Kommun	Hem, Utan stöd	Hem, Med stöd	Hemsjukvård	Spec pall HSV	Spec pall SV	Sjukhus	Korttid	Säbo/Lss	Annan	(η) Totalt antal observationer
Sala	0	0	0	2	0	35	9	63	1	110
Västerås	1	4	20	35	188	323	69	319	1	960
Arboga	0	1	3	0	0	0	16	20	0	40
Fagersta	0	0	2	0	0	1	1	30	0	34
Hallstahammar	0	0	7	0	0	0	6	47	0	60
Kungsör	0	1	4	0	0	0	1	3	0	9
Köping	0	0	5	5	0	136	13	66	0	225
Norberg	0	0	1	0	0	0	4	29	0	34
Skinnskatteberg	0	0	4	0	0	0	1	15	0	20
Surahammar	0	1	1	0	0	0	15	35	0	52
Summering	Hem, Utan stöd	Hem, Med stöd	Hemsjukvård	Spec pall HSV	Spec pall SV	Sjukhus	Korttid	Säbo/Lss	Annan	(η) Totalt antal observationer
Totalt	1	7	47	42	188	495	135	627	2	1544

Tabell 1: Antal inrapporterade dödsfall fördelat mellan kommuner i Västmanlands län, hämtat från Utdataportal | Svenska palliativregistret

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Figur 1 och 2: Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer för palliativ vård i jämförelse mellan 2021 och 2022 med urvalet SÄBO, LSS, Korttids, Eget hem med stöd av allmän HSV samt Eget hem med stöd av hemtjänst. Hämtat från Utdataportal | Svenska palliativregistret

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

SKAPA EXCEL-FIL

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	74,3	98	52	70
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	90,0	98	63	70
Ord. inj ångestdämpande vid behov	90,0	98	63	70
Smärtskattats sista levnadsveckan	77,1	100	54	70
Dok. munhålsbedömning sista levnadsveckan	47,1	90	33	70
Utan trycksår (kategori 2-4)	87,1	90	61	70
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	82,9	90	58	70

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12

SKAPA EXCEL-FIL

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	56,9	98	37	65
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	87,7	98	57	65
Ord. inj ångestdämpande vid behov	89,2	98	58	65
Smärtskattats sista levnadsveckan	56,9	100	37	65
Dok. munhålsbedömning sista levnadsveckan	40,0	90	26	65
Utan trycksår (kategori 2-4)	83,1	90	54	65
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	84,6	90	55	65

Tabell 2: Fördelat i antal utförda registreringar i journal avseende brytpunktssamtal mm. Hämtat från Utdataportal | Svenska palliativregistret