



Patientsäkerhetsberättelse

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet
2014-02-15 Annika Jonsson



Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
1. Övergripande mål och strategier 2014.....	4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
3. Struktur för uppföljning/utvärdering.....	4
4. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
4.1 Senior alert.....	6
4.2 Palliativa registret	6
4.3 Demens	7
4.4 Hygien.....	7
4.5 Avvikelser	8
4.7 God Läkemedelsbehandling.....	8
4.8 Delegeringar.....	9
4.9 Medicinteknisk utrustning	9
4.10 Dokumentation.....	9
4.11 Rehabilitering.....	9
4.12 Vårdhund	9
5. Uppföljning genom egenkontroll	10
5.1 Senior Alert.....	10
5.2 Palliativa registret	10
5.3 BPSD	12
5.4 Punktprevalensmätning basala kläd- och hygienrutiner.....	12
5.5 Avvikelsehantering	13
5.6 Granskning läkemedelshantering	14
5.7 Mätning läkemedel	14
5.8 Tandvård.....	14
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	14
7. Riskanalys.....	15
8. Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter	16
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	17
9. Klagomål och synpunkter	17
10. Sammanställning och analys.....	17
SAMMANSTÄLLNING AV ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER 2014.....	18



Sammanfattning

Under 2013 informerades all personal på arbetsplatsträffar av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) om patientsäkerhet och ansvaret att skriva avvikelser som ett led i att öka patientsäkerheten och för att utveckla verksamheten. Verksamhetens patientsäkerhetskultur har ökat under året vilket vi kan se utifrån att antalet avvikelser kraftigt ökat inom de flesta områden.

Utredningen av avvikelser och uppföljning sker nu i den verksamhet där avvikelserna skett och en risk eller händelse mäts enligt matris i handboken "Risk och händelseanalys - handboken för patientsäkerhetsarbete" från Socialstyrelsen. Om allvarlighetsgraden är betydande eller katastrofal meddelas alltid MAS som också utreder avvikelserna och gör anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt Lex Maria.

Utifrån avvikelser som inkommit under året har stora förbättringar skett inom:

- Läkemedelshandlingen
- Delegeringsprocessen
- Strukturen på teamträffarna

Under hösten gjordes också ett krafttag i verksamheten gällande det förebyggande arbetet. Riskbedömningar har skett utifrån fall, undernäring och trycksår hos samtliga patienter som bor i särskilt boende, har växelvårds- eller korttidsplats. Där risker framkom sattes åtgärder in. Många av de boende i ordinärt boende fick också en riskbedömning gjord med insatta åtgärder där risker visade sig.



1. Övergripande mål och strategier 2014

Övergripande mål och strategier är att varje patient ska känna sig trygg och säker i vården som utförs i kommunen. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydlighet bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Strategier för att uppnå dessa mål är:

- Fortsatt arbeta för att öka patientssäkerheten genom att utveckla hanteringen av avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter
- Fortsatt redovisa resultat av egenkontroller i hela verksamheten
- Analysera resultaten av egenkontroller i verksamheten

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Det är Kommunstyrelsen som ansvarar för patientsäkerhetsarbetet och fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt och strukturerat följer upp och utvärderar målen.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för kvalitetssystemet tar verksamhetschefen fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med verksamhetschefen ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetsledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns i den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS har också delegerats att utreda och anmäla enligt Lex Maria.

Enhetscheferna ansvarar för att de riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska framtagit och att de rutiner som verksamheten tar fram är väl kända i verksamheten. De ansvarar också för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Varje enhetschef ansvarar för att ha en kontroll på de avvikelser som sker i sin verksamhet och att analysera, åtgärda, återföra samt utvärdera det som framkommit i utredningen av en avvikelse som skett. En risk eller händelse mäts enligt matris i handboken "Risk och



händelseanalys -handboken för patientsäkerhetsarbete” från Socialstyrelsen. Avvikelser och vårdskador registreras och mäts via rapportering i dataprogrammet Procapita. Avvikelser av allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal utreds alltid även av medicinskt ansvarig sjuksköterska som också redovisar för äldreomsorgsutskottet samt anmäler enligt Lex Maria till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Uppföljning och utvärdering av resultat återkopplas till mål och strategier genom att resultatet på olika nivåer i kommunen redovisas och analyseras direkt i verksamheten, i ledningsgrupp och på äldreomsorgsutskottet. Uppföljning via sammanställning av resultat och utvärdering av verksamhetens hälso- och sjukvård sker enligt följande i ledningssystemet:

- Kommunövergripande sammanställning av antalet genomförda riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring för att följa upp förbättringsområden och mål sker 2 per år av MAS och redovisas av MAS på ledningsgruppen och på äldreomsorgsutskottet samt av enhetschefer på respektive arbetsplatsträff. Årsstatistik presenteras 1 gång/år i äldreomsorgsutskottet via patientsäkerhetsberättelsen.
- Kommunövergripande sammanställning av antalet registrering i Palliativa registret för att följa upp förbättringsområden och mål sker 2 gånger per år av MAS och redovisas av MAS på ledningsgruppen och på äldreomsorgsutskottet samt av enhetschefer på respektive arbetsplatsträff. Årsstatistik presenteras 1 gång/år i äldreomsorgsutskottet via patientsäkerhetsberättelsen.
- Kommunövergripande sammanställning av interna och externa avvikelser för att följa upp förbättringsområden och mål sker 2 gånger per år redovisas av MAS på ledningsgruppen samt av enhetschefer på respektive arbetsplatsträff. Årsstatistik presenteras 1 gång/år i IFO/LSS- och äldreomsorgsutskottet via patientsäkerhetsberättelsen.
- Uppföljning av förbättringsområden och mål från föregående års patientsäkerhetsberättelse 1 gång/år av MAS
- Uppföljning av klagomål- och synpunkts blankett 1 gång/år i patientsäkerhetsberättelsen
- Övriga genomförda egenkontroller direkt i berörd verksamhet och 1 gång/år i patientsäkerhetsberättelsen

4. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Det förebyggande arbetet är viktigt för att undvika skador och sjukdomar, och för att de äldre och andra som får hälso- och sjukvård utförd i kommunen ska kunna behålla hälsan och kunna klara vardagen själva så länge som möjligt. Genom att använda oss av olika kvalitetsregister får vi en systematik, struktur i arbetet och ett synliggörande av resultat. All personal runt patienten har ett ansvar i att arbeta förebyggande, och som ett led i detta använda sig av kvalitetsregistren. Vi har också flera arbetsgrupper som har uppdrag i att förbättra och utveckla verksamheten inom olika områden som läkemedelshantering, delegering, dokumentation, hygien, palliativ omvårdnad, bedömningar från sjukgymnast och arbetsterapeut, bedömningar från sjuksköterska samt arbetet med riskbedömningar och



registrering i Senior alert.

4.1 Senior alert

Det övergripande målet med Senior alert är att kunna förebygga skador och främja hälsan hos de äldre personer som har kommunal Hälso- och sjukvård. Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår. Med hjälp av Senior Alert har vi utvecklat nytt förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. Senior alert är en del av Sveriges Kommuner och Landstings satsning på "Bättre liv för sjuka äldre". Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggörande av resultat.

Verksamheten har arbetat fram en struktur så att riskbedömningar genomförs en gång/år eller oftare vid behov, åtgärder skapas och uppföljning av åtgärder sker av de personer som bor på särskilda boende i kommunen. Resultatet av riskbedömningar, åtgärder och utvärdering av åtgärder tas upp på teamträffar där enhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och baspersonal närvarar. Det finns en arbetsgrupp som följer upp att registreringar sker samt fortsätter utveckla arbetet med senior alert. Verksamheten har också börjat göra riskbedömningar på de patienter som är inskrivna i hemsjukvård och bor i ordinärt boende.

Tandvården har utbildat legitimerad personal och baspersonal som är registratorer i senior alert i munhälsobedömning enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

4.2 Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor i Palliativa registret. Oavsett sjukdom så är det detta kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- att närstående är informerade om situationen
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där den vill dö
- inte behöver dö ensam
- vet att dess närstående får stöd

Sjuksköterskorna registerar i Palliativa registret och verksamheten får en bild på områden inom palliativa vården som vi behöver arbeta mera med för att öka kvalitén i omvårdnaden runt den palliativa patienten samt dess närstående. Under 2013 har verksamheten inte haft möjligheten att arbeta aktivt med uppföljning och utveckling av den palliativa vården pga. hög arbetsbelastning hos sjuksköterskorna. Ett uppdrag har lämnats ut till arbetsgruppen för Palliativ vård att arbeta med under 2014 för att utveckla och förbättra omvårdnaden runt den palliativa patienten och dess närstående.



4.3 Demens

Kommunen har ett demensteam bestående av två Silviasystrar och en demenssjuksköterska som stöttar verksamhetens personal på olika, sätt bland annat via reflektionsgrupper, rådgivning, utbildning och de har gett stöd i olika omvårdnadssituationer. Demensteamet har också kontakt med anhöriga till demenssjuka genom samtal och anordnar anhörigträffar med olika innehåll. De ger också information på KPHR (Kommunala pensionärs- och handikapprådet) och till olika pensionärsorganisationer.

Demensteamet är de som utför NPI (Neuro Psychiatric Inventory) skattningar tillsammans med baspersonalen och registrerar i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Registreringen i BPSD syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Person skattning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens görs med hjälp av en skattningsskala NPI som är en del av kartläggningen kring orsaker av beteenden och symtom. Resultatet gör det möjligt att bedöma hur ofta beteendemässiga och psykiska symtom förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat åtgärderna under en bestämd tidsperiod görs en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning.

Beteendemässiga och psykiska symtom drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och personal. Alla symptom kan inte behandlas på samma sätt och behandlingen inriktas på att för varje enskild person åtgärda orsakerna, den fysiska miljön eller utlösande faktorer. Med denna behandlingsmetodik finns goda möjligheter att förbättra vård och omsorg med minskat lidande.

Demensteamet upplever att personskattningen som sker genom bland annat NPI skattningar enligt BPSD registret har medfört en ökad medvetenhet och ökad kunskap hos personalen rörande vikten av rätt bemötande gentemot den enskilda individen och på så sätt förbättrat omvårdnaden och bemötandet av den demenssjuke.

4.4 Hygien

Den absolut viktigaste åtgärden för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården är att följa de basala kläd- och hygienrutinerna. Våra basala hygienrutiner gäller överallt där vård och omsorg ges. Respektive enhetschef i verksamheten ansvarar för att rutinen följs.

Punkt prevalens mätning (PPM)– är en mätning som ska ske i vår kommun två gånger varje år. Där mäts följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler via ett antal observationer under en tvåveckors period. Uppdraget kommer från Sveriges kommuner och landsting (SKL). Mätning har skett en gång under 2013. Hygienrond sker vart tredje år i hela verksamheten och den senaste hygienronden genomfördes hösten/vintern 2012.

Det finns hygienombud på respektive arbetsplats samt två sjuksköterskor som arbetar som hygiansamordnare i kommunens verksamheter. Hygiansamordnarna planerar och genomför observationerna tillsammans med hygienombuden på uppdrag från MAS.



4.5 Avvikelser

All personal har en skyldighet att rapportera alla händelser som har lett till en vårdskada eller kunnat leda till en vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har informerat all personal på arbetsplatsträffar om patientsäkerhet och ansvaret att skriva avvikelser för patientsäkerheten och för utveckling av verksamheten under 2013.

Alla rapporterade händelser registreras i en avvikelsemodul i dataprogrammet Procapita. Under 2013 har vi arbetat med de nya avvikelser som började gälla 1/1-13 och den nya avvikelserutinen som innebär att avvikelser i första hand följs upp i den verksamhet där avvikelserna skett och medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder allvarliga avvikelser och gör anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt Lex Maria. Antalet avvikelser har ökat rejält under 2013 vilket visar på att verksamheten tar ansvar och rapporterar negativa händelser och tillbud och en trolig orsak till detta kan vara att patientsäkerhetskulturen har ökat i verksamheten.

Utifrån de avvikelser som inkommit under året så har en del förbättringsområden skett gällande läkemedel. En ny rutin för läkemedelhanteringen har tillkommit och är införd i verksamheten och sjuksköterskorna arbetar också för att få patienter som uppfyller kriterier att bli insatta på Apodos. En checklista har även upprättats om struktur och innehållet i en teamträff vilket bland annat innebär att relevanta avvikelser diskuteras direkt i teamsamverkan.

Avvikelseblanketter och avvikelsemodulen uppdaterats under året då vi uppmärksammat att vissa saker vi ville mäta för att öka patientsäkerheten inte på ett enkelt sätt gick att få fram. Denna ändring börjar gälla 1 januari 2014.

4.7 God Läkemedelsbehandling

Den omfattande läkemedelsanvändningen bland äldre innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner och det krävs fortsatt att arbeta för att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre.

Alla patienter med kommunal Hälso- och sjukvård där vi övertagit läkemedelsansvaret har fått en årlig läkemedelsgenomgång. Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska har också utfört egen mätning två gånger under året för att få en bild på hur många patienter som har olämpliga läkemedel för att sedan ta upp till diskussion med ansvarig läkare.

Kommunen har gemensamt med vårdcentralerna tagit fram en handlingsplan för hur vi ska arbeta med de mest sjuka äldre för att uppnå de mål som är överenskommet mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

Under 2013 byttes leverantör av dostjänst, dvs. de som delar Apodos och levererar ut till kommunernas verksamhet. Det var stora problem initialt med leveranser av Apodoser och övriga läkemedelsförpackningar, informationsöverföringen fungerade inte optimalt vilket gav sjuksköterskorna en mycket stor arbetsbelastning under en period. Anmälan till IVO gjordes av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i hela VG region via en gemensam skrivelse då bristerna i dostjänsten utgjorde en stor patientsäkerhetsrisk. Idag fungera det mycket bättre men förbättringsområden finns fortfarande och det arbetas med dessa på regional nivå.



Under 2013 vaccinerades 96 patienter mot influensa av kommunens distriktssköterskor.

4.8 Delegeringar

Sjuksköterskan, sjukgymnasten och arbetsterapeuten får delegera en arbetsuppgift till en annan person endast då detta är förenligt med god och säker vård (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 6 kap 3 §).

Under 2013 har delegeringsrutinen uppdaterats och dataprogrammet där delegeringar skrivs har blivit helt nytt. All legitimerad personal har under flera tillfällen fått utbildning i att använda dataprogrammet där delegeringar dokumenteras.

4.9 Medicinteknisk utrustning

Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt de lokala riktlinjer som finns upprättade.

Förbättringsområden och mål under 2014

- Ta fram ett dokument för kvalitetssäkring av medicintekniska produkter

4.10 Dokumentation

I kommunen dokumenterar alla legitimerade i ett datasystem som heter Procapita. En dokumentationsgrupp har startats upp och har genomfört en journalgranskning på prov för att se om den mall för journalgranskning som tagits fram kunde användas för att få fram inom vilka områden dokumentationen behöver utvecklas och förbättras. Mallen fungerade bra och kommer användas vid journalgranskning 1ggr/år. En mindre genomgång av strukturen i Hälso- och sjukvårdsjournalen har också skett under 2013 och det framkommer att det finns ett stort behov hos legitimerad personal att få diskutera om dokumentationens olika delar.

Förbättringsområden och mål under 2014

- Dokumentation blir en stående punkt på arbetsplatsträff för legitimerad personal 1ggr/månad
- Journalgranskning ska ske 1 gång under året av all legitimerad personal

4.11 Rehabilitering

Kommunens sjukgymnaster och arbetsterapeuter har under året arbetat mera med patientspecifika genomgångar kring olika situationer med personal och lämnar numera ut skriftliga ordinationer/instruktioner som baspersonalen ska arbeta efter. Detta arbete kommer fortsätta under 2014.

4.12 Vårdhund

I kommunen finns en hund med förare som har kompetens för att på olika sätt ge omvårdnad till patienter. Det kan t.ex. bero på att en patient behöver fysisk träning, behöver aktiveras, är orolig, behöver minnesträning eller att behovet enbart är att ha närhet till hunden. Det är legitimerad personal som skriver remiss till föraren för enskilda patienter.



5. Uppföljning genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheten över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsområden. Kommunövergripande sammanställningar sker 2ggr/år samt en årsammanställning via Patientsäkerhetsberättelsen.

5.1 Senior Alert

Vi har uppnått de mål vi hade för 2013

Senior Alert	2013	2012
Antal registreringar	123	13
Antal riskbedömningar med risk	116	13
Åtgärdsplan risk för fall	92 %	45 %
Åtgärdsplan risk för trycksår	100 %	60 %
Åtgärdsplan risk för undernäring	94 %	40 %

Förbättringsområden och mål för 2014

- Att minst 90 % av dem som bor i särskilda boenden eller vistas på korttidsplatser för äldre så genomförs riskbedömningar och planerade förebyggande åtgärder minst var 12:e månad eller oftare vid behov
- Att börja med riskbedömningar, planerade förebyggande åtgärder med uppföljning för de som är inskrivna i hemsjukvården och bor i ordinärt boende
- De som utbildats av tandvården ska utbilda övrig personal inom äldreomsorgen i munhälsobedömning enligt ROAG
- Att fortsatt utföra munhälsobedömningar enligt ROAG
- Att delta i punktprevalensmätningar två gånger varje år gällande trycksår och fall med registrering i Senior alert

5.2 Palliativa registret

Vi har inte uppnått alla mål vi hade för 2013. Vi har registrerat alla de som avlidit i sitt hem i kommunen som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård. Kommunövergripande är målet att minst 70 % av de förväntade dödsfallen bland befolkningen i en kommun ska registreras i palliativa registret vilket innebär att även sjukhus och primärvården ska registrera.

Kvalitetsindikatorer	Målvärde registret	Resultat riket 2013	Resultat kommun 2013	Kommunens egna mål för 2013	Resultat kommun 2012
Täckningsgrad	100 %		100 %	100 %	
Eftersamtal erbjudet	100 %	57,5 %	75 %	Inget mål satt	90,6%



Kvalitetsindikatorer	Målvärde registret	Resultat riket 2013	Resultat kommun 2013	Kommunens egna mål för 2013	Resultat kommun 2012
Läkarinformation till patienten	100 %	57,7 %	79,2 %	80 %	72,4 %
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100 %	37,3 %	54,2 %	Inget mål satt	65,6%
Munhälsa bedömd	100 %	66,3 %	50 %	80 %	71,9%
Avliden utan trycksår vid dödsfallet	90 %	86,9 %	95,8 %	90 %	90,6%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	83,3 %	79,2%	100 %	93,8%
Utförd validerad smärtskattning	100 %	28,4 %	12,5 %	50 %	12,5%
Lindrad från smärta	100 %	77,9 %	45,8 %	Inget mål satt	84,4%
Lindrad från illamående	100 %	81,7 %	54,2 %	Inget mål satt	87,5%
Lindrad från ångest	100 %	72,9 %	58,3 %	Inget mål satt	84,4%
Lindrad från rosslig andning	100 %	70 %	54,2 %	Inget mål satt	56,3%
Läkarinformation till närstående	100 %	91,5 %	79,2 %	96 %	78,1%

Vi hade också som mål att 100 % av de palliativa patienterna ska ha relevanta läkemedel ordinerade av läkare så att symtom i form av smärta, ångest, illamående eller andningsbesvär kan lindras. Det som registrerats är om det finns ordinationer inom de olika områdena.

% av patienter som har:	2013	2012	2011
Ordinationer mot smärta	95,8 %	90,6 %	77,8 %
Ordinationer mot ångest	87,5 %	81,3 %	83,3 %
Ordinationer mot illamående	75 %	68,8 %	88,9 %
Ordinationer mot andningsbesvär	91,7 %	90,6 %	83,3 %

Förbättringsområden och mål för 2014

- Att 100 % av de patienter som avlider på ordinärt boende med hemsjukvård eller på särskilt boende registreras i Palliativa registret. För hela kommunen är målet 70 % täckningsgrad vilket innefattar alla boende i kommunen som förväntat avlider oavsett inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande brytpunktssamtal
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande validerad smärtskattning
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande munhälsa
- Att med minst 5 % öka ordinationer av injektionsmedel mot ångest vid behov



- Att minst 85 % är lindrad från smärta
- Att minst 85 % är lindrad från ångest
- Att minst 85 % är lindrad från illamående
- Att minst 75 % är lindrad från rosslig andning

5.3 BPSD

Vi har nått de mål som sattes 2013

Antal bedömningar/registreringar I BPSD	2013	2012
	93	54

Förbättringsområden och mål för 2014

- Att alla sjuksköterskor utbildas i BPSD
- Att all baspersonal inom äldreomsorgen utbildas i DemensABC som är en webbutbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer riktlinjer (<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Fragor--svar-om-Demens-ABC/>)

5.4 Punktprevalensmätning basala kläd- och hygienrutiner

Vi har inte uppnått de mål vi hade för 2013 – att öka följsamheten i samtliga 7 steg. Resultat som redovisas här gäller övergripande för kommunen.

PPM mätning	Resultat riket HT- 2013	Resultat HT-13	Resultat HT-12	Resultat VT-12	Resultat HT-11
Följsamhet basala hygienrutiner samtliga 7 steg	52 %	52 %	71 %	65 %	9 %
Följsamhet klädregler 3 steg	86 %	93 %	79 %	94 %	71 %
Basala hygienrutiner 4 steg	58 %	57 %	82 %	71 %	11 %

Basala kläd- och hygienrutiner 7 steg – Följsamhet i både klädregler 3 steg och hygienregler 4 steg.

Klädregler i 3 steg:

1. Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade.
2. Händer och underarmar ska vara fria från ringar, klockor och armband.
3. Hår ska vara kort eller uppsatt om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

Hygienregler 4 steg:

1. Desinfektion av händerna med handdesinfektionsmedel skall utföras direkt före och direkt efter patientnära arbete.
2. Handskar ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor.
3. Handskar byts mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient.



4. Engångsförkläde av plast ska användas om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Förbättringsområden och mål för 2014

- Heldagsutbildning från vårdhygien i Skövde till nya och gamla hygienombud i kommunen
- Punktprevalensmätning två gånger under året

5.5 Avvikelsehantering

Vi har uppnått målen för 2013, att öka patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Antalet avvikelser har ökat inom samtliga områden vilket visar på att verksamheten tar ansvar att rapportera negativa händelser och tillbud.

Avvikelse	2013	2012	2011
Läkemedelshantering	137	48	43
Risk läkemedelsincidens	20	Mättes ej	Mättes ej
Samordnad vårdplanering	1	3	2
Hälso- och sjukvårdsåtgärder	14	2	0
Fall	214	167	193
Vårdskada	4	Mättes ej	Mättes ej
Medicinteknisk produkt	7	Mättes ej	Mättes ej

- Avvikelser läkemedelshantering - 100 avvikelser gäller utebliven läkemedelsdos, sex avvikelser fel dos, åtta avvikelser fel tid, tre avvikelser försenad leverans. I sju fall har feldelad dosett varit orsak till avvikelse. Ingen patient har fått uppsöka annan vårdgivare eller kommit till skada av avvikelserna
- Läkemedelsincidens innebär att det fanns risk att det kunde bli fel. Det har bland annat handlat om tre felaktiga läkemedelslistor och sex feldelade dosetter.
- Samordnad vårdplanering – en avvikelse har inkommit till kommunen och orsaken var kommunikationsbrist..
- Hälsa- och sjukvårdsåtgärder – de flesta avvikelser handlar om att instruktioner gällande hjälpmedel eller träning inte följts, några avvikelser gäller behandlingar som utförts senare än planerat.
- Fallavvikelser – 190 fall har skett av patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen, 24 fall har skett av de som inte har hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen. Registrering av antal patienter som åkt in till sjukhus eller fått en fraktur efter fall brister så inget resultat redovisas här. Vi kan se att de flesta fall sker vid förflyttning.
- Vårdskada – tre trycksår i olika grad samt en felaktigt använd lyft vilket gett tillfällig övergående smärta.
- Medicinteknisk produkt – orsaker har varit trasiga medicintekniska produkter, brister i egenkontroll av grundutrustning samt brister i användandet av medicinteknisk produkt.

Förbättringsområden och mål för 2014

- Fortsatt arbeta för att öka patientsäkerhetskulturen i verksamheten



5.6 Granskning läkemedelshantering

Granskning av läkemedelsförråden har skett i samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Mariestad, Töreboda och Gullspång. Granskningen 2013 visade på att riktlinjen för läkemedelshantering inte var känd i sin helhet samt upplevelsen av att delegeringsförfarandet upplevdes ta mycket tid.

5.7 Mätning läkemedel

Andel av personer som har kommunal Hälso- och sjukvård	Olämpliga läkemedel (>75år)	Läkemedel mot psykos i Apodos (>65år)	Anti-inflammatoriska läkemedel (>75år)
Mars - 13	10 %	5 %	2 %
Sept-13	18 %	6 %	2 %
Andel för åldersgrupperna i hela kommunen	Olämpliga läkemedel (>75år)	Läkemedel mot psykos i Apodos (>65år)	Anti-inflammatoriska läkemedel (>75år)
Mars - 13	11,5 %	6,4 %	2,2 %
Sept-13	10,8 %	7,8 %	2,7 %

Förbättringsområden och mål under 2014

- Att tillsammans med vårdcentralerna minska andelen olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre
- Att tillsammans med vårdcentralerna minska andelen läkemedel mot psykos för dem som är 75 år och äldre
- Att tillsammans med vårdcentralerna minska användningen av antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år eller äldre

5.8 Tandvård

Totalt finns 131 utfärdade tandvårdkort i kommunen varav 101 personer tackat ja till att få en munhalsobedömning utförd. 89 personer har fått denna munhalsobedömning utförd, dvs 88 %.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är samverkan med andra vårdgivare och inom den egna verksamheten. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och samverkansmöten.

Inom verksamheten genomförs tematräffar regelbundet varje eller varannan vecka där enhetschef tillsammans med baspersonal och legitimerad personal bland annat går igenom relevanta avvikelser, genomgång av utförda riskbedömningar enligt Senior alert samt utvärdering och uppföljning av olika resultat och åtgärder.

Ledningsgruppen (socialchef, enhetschefer och MAS) har möten en gång i månaden där olika gemensamma frågor diskuteras och där patientsäkerhet alltid är en av punkterna i dagordningen. Här redovisas och diskuteras resultatet av statistik på bland annat avvikelser, egenkontroller. Aktuella avvikelser som kan röra flera verksamheter/områden kan också diskuteras här.



Vi har en Närsjukvårdscoordinator som har uppdraget att kartlägga och hitta förbättringsområden i verksamheten och utifrån det hjälpa verksamheterna i de tre kommunerna i MTG att starta förbättringsarbete. En viktig bit i koordinators arbete är också att främja samarbetet med slutenvården och primärvården. Uppdraget utförs i samarbete med koordinators för primärvården och slutenvården, MAS:ar, verksamhetschefer, enhetschefer och personal i de olika verksamheterna.

Vi har ett lokalt samverkansavtal med vårdcentralerna som reglerar omfattningen och formen för läkarsamverkan och ett tjänsteköpsavtal. Samverkansmöten sker två gånger varje år tillsammans med närsjukvårdscoordinatorerna, samt vid behov. Här redovisas och diskuteras resultaten i de olika mätningar som genomförs genom överenskommelsen, mellan regeringen och SKL, ”Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre”.

Två gånger per år genomförs även Närsjukvårdsmöten i MTG där masar, koordinators och verksamhetschefer för både vårdcentraler, kommuner och slutenvården möts och analyserar resultaten i olika mätningar för att förbättra och utveckla vården för de mest sjuka äldre.

KLARA är ett IT system som ger användarna (kommun, primärvård och slutenvården) ett stöd i det dagliga arbetet med registrering och överföring av uppgifter kring vården av den enskilde patienten. IT-tjänsten ger möjligheter att följa vårdplaneringsprocessen bättre. Vård och omsorgsdokumentation ska kunna utbytas mellan parterna på ett sådant sätt att det kommer patienten tillgodo genom förbättrad och säkrare vård.

Samverkansmöten har skett med hela trepartsgruppen psykiatri under 2013 och här ingår primärvården, länssjukvården, öppen psykiatri, kommunpsykiatri samt socialtjänsten i kommunen. Rektor, kurator och skolsjuksköterska från skolan har deltagit en gång och kommer göra detta fortsättningsvis en gång varje år.

Vi följer VG-regionens råd och anvisningar, gällande vilka patienter som har rätt till uppsökande munhälsobedömning och Intyg om nödvändig tandvård. Samtliga distriktssköterskor i kommunen har behörighet att skriva intyg samt två biståndshandläggare.

7. Riskanalys

Varje enhetschef har en kontroll på de avvikelser som sker inom deras verksamhet och varje avvikelse bedöms utifrån allvarlighetsgrad och risken att avvikelsen händer igen enligt handboken ”Risk och händelseanalys -handboken för patientsäkerhetsarbete” från Socialstyrelsen. En del avvikelser diskuteras också i ledningsgruppen då det kan vara flera verksamheter som kan ha nytta av att ta del av resultatet. På teamträffar diskuteras också avvikelser och risker som framkommer. MAS gör utifrån den kommunövergripande sammanställningen en analys över om det inom vissa verksamheter eller områden finns risker/brister som behöver uppmärksammas/åtgärdas.



8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

All personal har en skyldighet att rapportera alla händelser som har lett till en vårdskada eller kunnat leda till en vårdskada och alla rapporterade händelser registreras i en avvikelsemodul i dataprogrammet Procapita. Interna avvikelser följs upp i den verksamhet där den skett och svarar på vad som har hänt, varför det hände och hur vi ska göra så att det inte händer igen. Det sker samtidigt en bedömning av sannolikheten om avvikelserna kan ske igen och vad konsekvensen skulle bli om det händer. Om allvarlighetsgraden är betydande eller katastrofal meddelas alltid MAS som också utreder avvikelserna och gör anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt Lex Maria.

Patienten och eventuellt anhöriga informeras om att en avvikelse skrivs eller att en avvikelse eller ett inkommande klagomål utreds, och de kan då medverka i utredningen.

Extern avvikelse rapportering till andra vårdgivare sker då rutinerna för samordnad vårdplanering inte följs, eller att en vårdskada uppmärksammas i samband med att patienten varit i kontakt med annan vårdgivare. Verksamheten ska då så snart som möjligt skriva en avvikelse som skickas till MAS som efter mottagandet skickar iväg avvikelse till berörd part inom en månad.

Återföring och åtgärder kring inkommande avvikelser som våra verksamheter är involverade i återges av MAS. Är det åtgärder som bör ske i våra verksamheter tas det upp i dialog med berörd yrkesgrupp och verksamhet.

Avvikelser	2013	Orsak till avvikelse 2013	2012	2011
Avvikelser skickade till annan vårdgivare	9	SVPL Rutin inte följs, kommunikationsbrist	8	16
Avvikelser till Apotek	0		1	0
Avvikelser till Apotekstjänst AB angående Apodos	10	Fel på ordinations-handlingar	14	5
Lex Maria anmälningar	0		0	0
Inkommande från Patientnämnden	3	Missnöjd med: -omvårdnad -kostnad -läkare VÅC	1	0
Inkommande från tandvården	5	Ej uppdaterat i registret	0	0
Inkommande Klagomål och synpunkter	2	Brister inom: -omvårdnad -rehabilitering -information	1	2



Hantering av klagomål och synpunkter

9. Klagomål och synpunkter

Det är viktigt för oss att synpunkter lämnas in, både när det fungerar bra och då vi brister. På så sätt bidrar det till att äldreomsorgen i vår kommun blir ännu bättre. Inkomna synpunkter och klagomål inkommer till kommunen genom Klagomål- och synpunktsblankett, personlig kontakt med personal i verksamheten, avvikelser inom verksamheten, avvikelser från externa vårdgivare, Patientnämnden samt från IVO. Oavsett vart synpunkter och klagomål kommer ifrån så utreds och analyseras och återkopplas resultat till alla inblandade samt uppföljning av resultat/åtgärd sker. Alla inkomna klagomåls- och synpunktsblanketter, synpunkter från Patientnämnden och Socialstyrelsen eller IVO diarieförs i kommunen. Kommunövergripande sammanställning sker 2ggr/år samt en årlig sammanställning 1ggr/år via patientsäkerhetsberättelsen.

Då klagomål och synpunkter inkommer tar berörd enhetschef eller MAS snarast en telefonkontakt med patient eller anhörig och utredning påbörjas. Då utredning är klar meddelas resultatet till patient/anhörig om de inte önskar annat.

Synpunkter och klagomåls blankett finns på kommunens hemsida samt i kommunens verksamhet att lämnas ut. Blanketten kan skickas med posten, lämnas in på Socialkontorets reception eller lämnas direkt till verksamhetens personal som vidarebefordrar kuvert till kommunkansliet eller i uppsatta postlådor i verksamheten som är uppmärkta med kundblankett.

10. Sammanställning och analys

Avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheten eller via Patientnämnden och IVO sammanställs 2 ggr/år samt 1 årssammanställning 1ggr/år i Patientsäkerhetsberättelsen av MAS. MAS presenterar resultatet på ledningsgruppen och sedan redovisar varje enhetschef resultatet i sin verksamhet.



Sammanställning av övergripande mål och strategier 2014

- Ta fram ett dokument för kvalitetssäkring av medicintekniska produkter
- Dokumentation blir en stående punkt på arbetsplatsträff för legitimerad personal 1ggr/månad
- Journalgranskning ska ske 1 gång under året av all legitimerad personal
- Att minst 90 % av dem som bor i särskilda boenden eller vistas på korttidsplatser för äldre så genomförs riskbedömningar och planerade förebyggande åtgärder minst var 12:e månad eller oftare vid behov
- Att börja med riskbedömningar, planerade förebyggande åtgärder med uppföljning för de som är inskrivna i hemsjukvården och bor i ordinärt boende
- De som utbildats av tandvården ska utbilda övrig personal inom äldreomsorgen i munhälsobedömning enligt ROAG
- Att fortsatt utföra munhälsobedömningar enligt ROAG
- Att delta i punktprevalensmätningar två gånger varje år gällande trycksår och fall med registrering i Senior alert
- Att 100 % av de patienter som avlider på ordinärt boende med hemsjukvård eller på särskilt boende registreras i Palliativa registret. För hela kommunen är målet 70 % täckningsgrad vilket innefattar alla boende i kommunen som förväntat avlider oavsett inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande brytpunktssamtal
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande validerad smärtskattning
- Att med minst 5 % förbättra vård och omsorgen gällande munhälsa
- Att med minst 5 % öka ordinationer av injektionsmedel mot ångest vid behov
- Att minst 85 % är lindrad från smärta
- Att minst 85 % är lindrad från ångest
- Att minst 85 % är lindrad från illamående
- Att minst 75 % är lindrad från rosslig andning
- Att alla sjuksköterskor utbildas i BPSD
- Att all baspersonal inom äldreomsorgen utbildas i DemensABC som är en webbutbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer riktlinjer (<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Fragor--svar-om-Demens-ABC/>)
- Heldagsutbildning från vårdhygien i Skövde till nya och gamla hygienombud i kommunen
- Punktprevalensmätning kläd- och hygien rutiner två gånger under året
- Fortsatt arbeta för att öka patientsäkerhetskulturen i verksamheten
- Att tillsammans med vårdcentralerna minska andelen olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre



- Att tillsammans med vårdcentralerna minska andelen läkemedel mot psykos för dem som är 75 år och äldre
- Att tillsammans med vårdcentralerna minska användningen av antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år eller äldre