



Gullspångs kommun
Kommunstyrelseförvaltningen

Diarienummer: 2018/150

Patientsäkerhetsberättelse

2017

2018-02-22

Författare: Linda Hurtig Johansson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Kvalitén i verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, författningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna nationellt, regionalt och lokalt. Övergripande strategier och mål för den vård och omsorg som bedrivs i kommunen är att patient och dennes närstående ska känna sig trygga och säkra. Likaså ska det finnas förutsättningar så att varje medarbetare kan utföra sitt arbete för en god och säker vård och omsorg.

| Verksamhetsmål 2018 | |
|-----------------------------|---|
| Vårdhygien | 100 % följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna |
| BPSD | alla med demensdiagnos ska kartläggas, åtgärdas och följas upp i BPDS-registret |
| Funca | 100 % av brukarna ska ha en NPI-skattning med tillhörande uppföljning |
| Senior Alert | 100 % av patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård > 65 år har riskbedömning, åtgärder och uppföljningar utförda enligt rutin |
| Palliativa registret | 100 % får smärta skattat enligt validerade smärtskattningsinstrument. 85 % ska ha en munhälso- bedömning genomförd. 100 % ska erbjudas efterlevnadssamtal |

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen ansvarar för god kvalitet av vård och omsorg och att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för kvalitetssystemet tar verksamhetschefen fram, fastställer och dokumenterar riktlinjer och 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 bevara och utveckla den kommunala hälso- och sjukvården verksamhetens kvalitet och säkerheten genom framtagna riktlinjer. MAS 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.

Enhetschefen ansvarar för att utifrån antagna riktlinjer upprätthålla lokal rutiner och förankra dem i de olika verksamheterna. De ansvarar också för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som

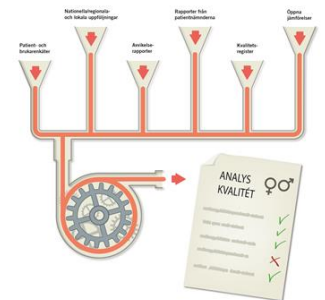
krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

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.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



Egenkontrollen sker med hjälp av Egenkontrollplan för medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS Mariestad, Töreboda och Gullspång, (MTG) samt från framtagna handlingsplaner vårdsamverkan Skaraborg och närsjukvård Norra.

Regelbundet samlas data in för att kunna följa verksamheten över tid. Detta innebär regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsområden. Sammanställningar sker 2 ggr/år, varav en är Patientsäkerhetsberättelsen.

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 och munhälsa. Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggörande av resultat.

Verksamheten har inom äldreomsorgen arbetat fram en struktur så att riskbedömningar ska ske minst en gång/år eller oftare av de personer som bor på särskilt boende och korttid. Åtgärder skapas där risker framkommer och uppföljning av åtgärder sker.

Palliativ vård

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 avliden människa besvarar ett trettiotal frågor i Palliativa registret. Oavsett sjukdom så är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna trygghet.

Demens

I kommunen finns en plan att arbeta utifrån kvalitetsregistret BPSD för att öka den enskilda personens livskvalitet genom att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Personskattningen med NPI (Neuro Psychiatric Inventory) mäter förekomsten av BPSD. Resultatet gör det möjligt att bedöma hur ofta beteendemässiga och psykiska symtom förekommer och hur mycket det påverkar den enskilde. Efter skattningen genomförs en analys av resultatet och eventuella orsaker. En individuell bemötandeplan upprättas och när man provat åtgärderna under en bestämd tidsperiod görs en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning.

I stor likhet med BPSD-registret är Funca ett verktyg för vuxna personer inom LSS personkrets 1 och 2. Med Funca får personalen stöd i att analysera hur brukarens möjlighet till kommunikation ser ut, om vardagen och miljön är anpassad, om de basala behoven är tillfredsställda, om det föreligger hälsoproblem, etc. Man fyller även i om man använder någon form av skydds- och begränsningsåtgärder. Utifrån hur personen mår, sätts sedan personcenterade stödinsatser in. Dessa utvärderas senare genom att göra om kartläggningen. Med hjälp av Funca får hela teamet ett gemensamt språk och arbetar mot samma mål.

Kommunens demenssamordnare stöttar verksamhetens personal på olika sätt, bland annat via reflektionsgrupper, rådgivning, utbildning samt att ge stöd i olika omvårdnadssituationer. Demenssamordnaren är certifierad utbildare och ansvarar för uppföljning av implementering BPSD-registret och Funca.

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 kläd- och hygienrutiner gäller överallt där vård och omsorg ges.

Punkt prevalens mätning (PPM) sker en gång varje år. Där mäts följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler via ett antal observationer under en tvåveckors period. 2017 introducerades ett nytt steg inom klädregler som tittar på följsamheten till regler om naglar, nagellack och konstgjort material.

Det sker även en Självskattning av följsamheten till hygienrutinerna under året. Här får personal på utvalt datum fylla i blankett med frågor utifrån basala hygien- och klädregler.

Hygienronder sker även på varje enhet. Hygienrond innebär att enhetschef tillsammans med personal går igenom en checklista med frågeställningar rörande personalfrågor, lokaler/utrustning, basala hygienrutiner, hygienombud, patient, rengöring och städ, tvätt och avfall, medi-

cintekniska produkter, förvaring och livsmedel- och mathantering med syfte förbättringsarbete.

Två sjuksköterskor är hygiensamordnare i kommunens verksamheter och på respektive arbetsplats ska det finnas hygienombud. Hygiensamordnarna planerar och genomför observationerna tillsammans med hygienombuden på uppdrag från MAS. De kan också själva planera in aktiviteter tillsammans med enhetschef.

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och en del i det är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Alla rapporterade risker/händelser ska registreras i en avvikelsemodul i dataprogrammet Procapita. Enhetschefer utreder och åtgärdar avvikelser i den verksamhet där den skett. De gör samtidigt en bedömning av sannolikheten om avvikelserna kan ske igen och vad konsekvensen skulle bli om det händer. Om allvarlighetsgraden är betydande eller katastrofal ska MAS alltid kontaktas som gör en kommunövergripande utredning av avvikelserna samt gör anmälan till IVO, enligt Lex Maria.

Som underlag för mätning av vårdskador, deltog man för första gången, under hösten, i nationell HALT-mätning. HALT-mätningen innebär en mätning av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning, förekomst av riskfaktorer och vårdtyngd på särskilt boende samt förekomst av trycksår som en punktprevalens/under en given dag

Läkemedelshantering

Varje år utförs en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård. Ett dokument finns upprättat utifrån vad som ska granskas. Vidare granskar MAS den egna kommunens läkemedelshantering vid behov.

Äldres omfattande läkemedelsanvändning innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner. En gång per år utför områdesansvarig sjuksköterska en mätning för att få en bild av hur många patienter som har olämpliga läkemedel, med efterföljande diskussion med behandlande läkare.

För att upprätthålla patientsäkerhet kring hantering av läkemedel krävs en tydlig sammanställd ordinationshandling. Idag har patienter med Apodos den säkraste ordinationshandlingen. Hos de patienter som inte är doskunder sammanställer sjuksköterska ordinationshandling och behandlande läkare ska kontrollera och signera sammanställningen. Överföring av information från ett dokument till ett annat innebär alltid en

risk. Sjuksköterskorna tar därför upp med patient och ansvarig läkare så patient som uppfyller kraven blir insatt på Apodos.

Varje höst/vinter vaccineras personer mot influensa i enlighet med smittskydd Västra Götalands rekommendationer.

Delegeringar

Legitimerad personal, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut får delegera en arbetsuppgift till en annan person endast då detta är förenligt med god och säker vård.

Under 2017 påbörjades arbetet med att personal inför delegering av läkemedel samt insulingivning ska genomgå webbutbildning framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting. Varje utbildning avslutas med efterföljande test. Godkänt test är en del i grunden av delegeringsförfarandet. Utbildning/test ska sedan genomföras inför förnyelse av delegering samt vid behov.

Medicinteknisk utrustning (MTP)

Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel ska kontrolleras och följs upp enligt de lokala rutiner som finns upprättade. På varje enhet finns en pärm där det dokumenteras vilka MTP som finns på enheten samt signering av de egenkontrollerna som sker. Uppföljning av individuellt utprovade hjälpmedel sker strukturerat enligt rutin.

Dokumentation

All legitimerad personal är dokumentationsskyldig. I kommunen dokumenterar all legitimerad personal i ett datasystem som heter Procapita. En kollegial journalgranskning, utifrån dokumentation enligt Patientdatalagen, görs årligen. MAS med hjälp av Dokumentationsgruppen arbetar kontinuerligt för en ökad struktur och användarvänlighet i Procapita.

Tandvård

Västra Götalandsregionen har avtal med Folktandvården gällande uppsökande verksamhet – tandvård. Avtalet reglerar munhälsobedömningar och utbildning av personal inom området. Den uppsökande verksamheten tillhandahålls kostnadsfritt för boende och kommuner eller andra enhetsansvariga. Kommunens sjuksköterskor och biståndshandläggare kan efter bedömning utfärda intyg för uppsökande verksamhet med munhälsobedömningar och nödvändig tandvård för de patienter/brukare som är berättigade.

Rehabilitering

Utbildning av personal i förflyttningsteknik ökar både patientsäkerheten och har en positiv inverkan i arbetsmiljön. Kommunen sjukgymnaster och fysioterapeuter har under hösten 2017 haft utbildning vid 4 tillfällen och utbildat 69 personal i Upp från golv. Fortsatt planering för förflytt-

ningsutbildning Upp från golv finns för våren 2018 samt vidare planering för andra förflyttningstekniker resterande del av året.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

All personal har runt den enskilde har ansvar att arbeta förebyggande. För att undvika skada och sjukdom och för att de som får hälso- och sjukvård, utfört i kommunal verksamhet, ska kunna behålla hälsa och klara vardagen så självständigt som möjligt krävs ett förebyggande arbetssätt. Nationella kvalitetsregister ger oss möjlighet att systematiskt skapa struktur i arbetet och tydligt följa upp och förbättra resultat. En annan del som bidrar till förbättringsarbete är att rapportera risker och händelser som sker. Det finns också arbetsgrupper eller personer som har uppdrag att följa upp resultat och utveckla verksamheten inom olika områden.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Under året har följande mätningar och sammanställningar gjorts.

Senior Alert

| | 2017 | 2016 | 2015 |
|--|------|------|------|
| Antal registreringar | 96 | 111 | 127 |
| Antal riskbedömningar med risk | 90 | 107 | 118 |
| Åtgärdsplan vid risk för fall | 82 % | 93 % | 72 % |
| Åtgärdsplan vid risk för trycksår | 94 % | 92 % | 78 % |
| Åtgärdsplan vid risk för undernäring | 85 % | 92 % | 76 % |
| Antal riskbedömningar munhälsa enligt ROAG | 92 | 108 | 124 |
| Antal riskbedömningar munhälsa med risk | 39 | 51 | 58 |
| Åtgärdsplan vid risk för ohälsa i munnen | 91 % | 75 % | 54 % |

Palliativa registret

| Kvalitetsindikatorer | Resultat i riket totalt 2017 | Resultat kommun 2017 | Resultat kommun 2016 | Resultat kommun 2015 |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Eftersamtal erbjudet | 66,5 % | 100 % | 95,5 % | 100 % |
| Läkarinformation till patienten | 58,1 % | 64 % | 72,2 % | 87,5 % |
| Uppfyllt önskemål om dödsplats | Mäts inte | Mäts inte | Mäts inte | 54,2 % |
| Munhälsa bedömd | 69 % | 72 % | 63,6 % | 75 % |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|--------|
| Avliden utan trycksår vid dödsfallet | 76,6 % | 84 % | 95,5 % | 95,8 % |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 82,8 % | 96 % | 100 % | 95,8 % |
| Utförd validerad smärtskattning | 50,3 % | 80 % | 72,7 % | 75 % |
| Lindrad från smärta | 69,8 % | 100 % | 81,8 % | 79,2 % |
| Lindrad från illamående | 87 % | 100 % | 90,9 % | 91,7 % |
| Lindrad från ångest | 89,9 % | 82 % | 77,3 % | 87,5 % |
| Lindrad från rosslig andning | 95,9 % | 92 % | 59,1 % | 79,2 % |
| Läkarinformation till närstående | 78,7 % | 96 % | 77,3 % | 91,7 % |

| Patienter som har: | 2017 | 2016 | 2015 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Ordinationer mot smärta | 100 % | 100 % | 100 % |
| Ordinationer mot ångest | 100 % | 90,9 % | 100 % |
| Ordinationer mot illamående | 100 % | 86,4 % | 91,7 % |
| Ordinationer mot rosslighet | 100 % | 100 % | 100 % |

BPSD

| Antal bedömningar/registreringar i BPSD | 2017 | 2016 | 2015 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | 27 | 40 | 98 |

Funca

Under 2017 har 3 utbildningar i Funca genomförts med totalt 32 deltagare. Uppföljning har skett via återträffar som hållits 6 veckor efter varje genomförd utbildning. Januari 2018 har samtliga deltagande brukare, med visst undantag på en enhet, en skattning med tillhörande uppföljning.

Punktprevalensmätning basala kläd- och hygienrutiner

| PPM mätning | VT -17 Riket | VT-17 | VT-16 | VT-15 |
|--|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Följsamhet basala hygienrutiner 8 steg | 48,2 % | 63 % | 46,9 % | 50,9 % |
| Följsamhet klädregler 4 steg | 80 % | 100 % | 75,5 % | 83,6 % |
| Basala hygienrutiner 4 steg | 56,2 % | 63 % | 59,2 % | 56,4 % |

Självskattning basala kläd- och hygienrutiner

| | HT-2017 (66 personal) | HT-2016 (39 personal) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Handsprit före vårdtagarnära arbete JA | 74,2 % | 69 % |
| Handsprit efter vårdtagarnära arbete JA | 100 % | 92 % |
| Använt handskar vid vårdtagarnära arbete JA | 93,9 % | 97 % |
| Använt plastförkläde vid vårdtagarnära arbete JA | 72,7 % | 79 % |
| Kortärmad arbetsdräkt JA | 98,4 % | 100 % |
| Utan ring JA | 100 % | 92 % |
| Utan armband JA | 95,4 % | 100 % |
| Utan klocka JA | 100 % | 97 % |
| Kort eller uppsatt hår JA | 98,4 % | 97 % |
| Korta omålade naglar JA | 96,9 % | 100 % |

Avvikelsehantering

| Avvikelser, antal | 2017 | 2016 | 2015 |
|--|------|------|------|
| Läkemedelshantering | 208 | 224 | 184 |
| Risk läkemedelsincidens | 10 | 9 | 25 |
| Samordnad vårdplanering intern avvikelse | 5 | 2 | 0 |
| Samordnad vårdplanering, avvikelse till kommunen | 0 | 2 | 1 |
| Hälso- och sjukvårdsåtgärder | 10 | 21 | 13 |
| Faktiska fall (inskrivna i hemsjukvården) | 262 | 286 | 228 |
| Faktiska fall (inte inskrivna i hemsjukvården) | 12 | 49 | 33 |
| Medicinteknisk produkt | 7 | 2 | 2 |

| Antal fall | Antal personer 2017 (274 fallhändelser) | Antal personer 2016 (335 fallhändelser) | Antal personer 2015 (261 fallhändelser) |
|------------|--|--|--|
| 1 | 58 | 39 | 47 |
| 2-5 | 29 | 36 | 30 |
| 6-9 | 8 | 6 | 5 |
| 10-13 | 0 | 1 | 5 |
| 14-17 | 0 | 2 | 1 |
| ≥18 | 2 | 1 | 1 |
| | 97 personer | 85 personer | 89 personer |

| FRAKTURER 2017 | Inskrivna hemsjukvård | Enbart SoL insatser | Inte känd av kommunen |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Höftfraktur | 3 | 0 | 3 |
| Övriga frakturer | 7 | 2 | 9 |
| Totalt antal frakturer | 10 | 2 | 12 |
| FRAKTURER 2016 | Inskrivna hemsjukvård | Enbart SoL insatser | Inte känd av kommunen |
| Höftfraktur/lårbensfraktur | 3 | 1 | 4 |
| Övriga frakturer | 4 | 0 | 9 |
| Totalt antal frakturer | 7 | 1 | 13 |

Svenska HALT 2017

| Risikfaktorer | Gullspång SÄBO | Riket SÄBO |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Urinkateter | 6,5 % | 9,2 % |
| Kärlkateter | - | 0,3 % |
| Trycksår | 17,3 % | 4,3 % |
| Andra sår | 2,1 % | 9,1 % |
| Kirurgiska ingrepp | - | 2,19 % |

| Vårdtyngdsindikatorer | Gullspång SÄBO | Riket SÄBO |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Desorienterad (i tid och rum) | 65,2 % | 63,6 % |
| Inkontinent | 73,9 % | 60,9 % |
| Sängliggande/rullstolsburen | 34,7 % | 39,9 % |

| Bekräftade infektioner (av det totala antalet infektioner hade % denna infektion) | Gull- spång SÄBO | Riket SÄBO |
|---|---------------------------------|-----------------------|
| Urinvägsinfektion | 33,3 % | 35,9 % |
| Luftvägsinfektion | - | 17,4 % |
| Andra infektioner | 33,3 % | - |
| Hudinfektion | 33,3 % | 39,7 % |
| Gastrointestinal infektion | - | 1,3 % |
| Öron-näsa-hals-mun- infektion | - | 2,1 % |
| Feber oklar orsak | - | 3,3 % |
| Infektion i blodbanan | - | - |

Läkemedelshantering

Kvalitetskontroll av läkemedelshantering i sjuksköterskans läkemedelsskåp/rum har genomförts en gång under året av extern MAS. Det fanns vissa brister i följsamheten till läkemedelsrutinen. Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att rätta till bristerna. Uppföljning utförd av MAS.

| Januari | Totalt antal inskrivna i hemsjukvården | Antal som har hjälp med läkemedelshantering | Antal som fått minst 1 läkemedelsgenomgång |
|---------|--|---|--|
| 2018 | 170 | 153 | 67 % |
| 2017 | 167 | 155 | 64 % |
| 2016 | 158 | 140 | 91 % |

Antal läkemedelsdoser överlämnande per dygn

| År | 1 dos-tillfällen | 2 dos-tillfällen | 3 dos-tillfällen | 4 dos-tillfällen | ≥5 dos-tillfällen |
|------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 2017 | 13 | 33 | 51 | 34 | 19 |
| 2016 | 33 | 43 | 41 | 29 | 22 |
| 2015 | 14 | 34 | 40 | 29 | 21 |

Vaccinationer

Under hösten/vintern 2017 vaccinerades 113 personer med influensavaccin av kommunens sjuksköterskor och distriktssköterskor. Vidare erbjöds personal gratis vaccination.

Mätning läkemedel

Resultat mätning för personer med kommunal hälso- och sjukvård.

| Andel av personer som har kommunal hälso- och sjukvård | Olämpliga läkemedel (>75 år) | Läkemedel mot psykos i Apodos (>65 år) | Andel personer >75 år med >10 läkemedel |
|--|------------------------------|--|---|
| Hösten 2017 | 15 % | 6 % | 15 % |
| Hösten 2016 | 26 % | 4 % | 23 % |
| Hösten 2015 | 17 % | 5 % | Mäts inte |

Delegeringar

I juli 2017 hade sjuksköterskor delegerat totalt 313 personal under ett år. Sjuksköterskan på hemvård Hova har delegerat flest personal. Sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut har inte delegerat något. 1 delegering har återkallats under året.

Journalgranskning

Vid 2017 års granskning granskades 15 journaler. Snittvärdet är det samma som föregående år – 1,2 (maximalt värde 2,0).

| Snittsumma per granskad journal (max 2,0) | 2017 | 2016 | 2015 |
|---|------|------|------|
| | 1,2 | 1,23 | 0,98 |

Tandvård

Under 2017 var antalet intyg förskrivna från kommunen 117, varav 98 intygsinnehavare har tackat ja till en årlig gratis munhälsobedömning. Under året var det en person som nekade till munhälsobedömning trots att man tidigare tackat ja. De som tackar nej till munhälsobedömning tillfrågas årligen på nytt om de vill ha munhälsobedömning. Folktandvården har under året utbildat 55 anställda.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risk- och konsekvensanalys används för att tidigt identifiera och bedöma risker, dess orsaker och ta fram åtgärdsplan som hindrar eller minskar risker eller minskar konsekvenser av negativ händelse.

Verksamheterna genomför kontinuerligt riskanalyser i patientarbetet genom olika kartläggningar och riskbedömningar. Även vid större förändringar inom verksamheten görs en risk- och konsekvensanalys med följande handlingsplan.

MAS sammanställer regelbundet avvikelser.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

För att undvika negativ händelse så ska man vidtagit förebyggande åtgärder. Där negativ händelse inträffat som orsakat stor skada eller där skada skulle kunnat inträffa ska händelseanalys utföras.

Verksamheterna ska genomföra händelseanalyser genom att analysera tillbud och avvikelser samt åtgärda brister så inte samma misstag upprepas. Varje enskild avvikelse i verksamheten ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad. Man tittar på vilken konsekvens det hade för patienten och vilken sannolikhet för upprepning som föreligger. Avvikelser med allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal meddelas MAS som utreder kommunövergripande och anmäler enligt Lex Maria.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggning av legitimerad personal görs regelbundet i Hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita.

Hösten 2017 påbörjades en webbaserad utbildning i informationssäkerhet för all personal. Nytt avsnitt varje vecka kommer via mail.

Rutin finns för hur medarbetare och förtroendevalda ska verka för att upprätthålla en god informationssäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Samverkan med andra vårdgivare och inom den egna verksamheten är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och samverkansmöten på nationell-, regional- och lokal nivå.

Vårdsamverkan Skaraborg innefattar olika arbetsgrupper för samverkan mellan Skaraborgs Sjukhus, Närhälsan Skaraborg, Folk tandvården, Habilitering & Hälsa och Kommunalförbundet Skaraborg. Gruppernas syfte är att nå en effektiv vårdsamverkan i frågor som berör samtliga parter. Målet är att berörda patienter skall uppleva vårdinsatserna som en helhet, gränslös vård och omsorg.

Vårdhygien Skaraborgs Sjukhus, SkaS Skövde har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till länssjukvård, primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten då vi behöver extra stöd.

Vårdgivaren ska själva i första hand möta upp tillfällena då synpunkter och missnöje finns hos våra patienter. Då patient eller närstående vill prata med en oberoende aktör om sina upplevelser och synpunkter finns Patientnämnden till hands. Då fungerar Patientnämnden som en länk mellan patient och vårdgivare. Patientnämnden ses bidragande till hög patientsäkerhet och kvalitetsutveckling i Hälso- och sjukvård.

Lokala avtal med vårdcentraler, hemsjukvårdsläkare och handlingsplaner med målområdena gemensamma lokalt och i Skaraborg stärker samverkan i den nära vården. Samtliga dokument och arbetssätt utvärderas vid gemensamma möten och det finns rutiner för löpande kontakter när behov uppstår.

Det finns gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter samt överföring av information inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Rutinen ska vara känd och samverkan ska alltid utgå från den enskildes behov.

Från 1 januari 2018 kom ny lag om trygg och säker utskrivning från slutenvård. Den nya lagen medför genomarbetning av de verktyg som finns för att tillhandahålla en säker in och utskrivning. Arbetsgrupper bildas med deltagare från alla samverkansnivåer för att komma fram hur länssjukvård, primärvård och kommun ska kunna möta upp de nya kraven. Lagen ses i mycket som ett steg mot en mer personcentrerad vård och omsorg.

Personcentrerad vård innebär att patienten ska vara delaktiga i vård och omsorg. Vård och omsorg ska visa respekt för individuella behov, rättigheter och värderingar utifrån en helhetssyn. Kontinuitet och samordning ska råda inom och mellan olika vårdgivare. Närstående ska utifrån patientens önskemål vara involverade i vård och omsorg.

Inom vård och omsorg i kommunen finns ett team som planerar och genomför all ny samordnad vård- och omsorgsplanering. Behovsbedömningar blir härmed strukturerade och utifrån ett team som har erfarenhet och samsyn.

Mobil närvård införs i hela Västra Götaland och i Skaraborg pågår ett långsiktigt samarbete mellan kommunerna och det finns en dokumenterad ledningsstruktur och vårdmodell. Mobil närvård bygger på ett nära samarbete över vårdgivargränserna. Kommunerna ansvarar för hela dygnets basverksamhet samt arbetar tillsammans med hemsjukvårdsläkare och specialistteam. Målsättningen är att skapa en ökad tillgång till hembesök för de mest sjuka äldre. Vården ska vara en individanpassad, trygg och samordnad nära vård utan onödiga sjukhusvistelser.

Anställd mobil hemsjukvårdsläkare i MTG (Mariestad, Töreboda, Gullspång) inte haft resurs att arbeta i Gullspångs kommun. Under tiden finns det utsedda läkare på båda vårdcentralerna i kommunen som arbetar på samma sätt som den mobila hemsjukvårdsläkaren.

Samverkan inom psykiatri sker i två olika nivåer, handläggarnivå och ledningsnivå. I de olika grupperna ingår representanter från kommun, primär- och länssjukvård. Trepartsmöten psykiatri har skett tregånge under 2017. Vid ett av mötestillfällena ingick representanter från Gullspång, Töreboda och Mariestad. Sådant gemensamt trepartsmöte kommer ske en gång per år.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

En del i patientsäkerhetsarbetet är att rapportera händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada samt andra risker för vårdskador. För systematisk rapportering registreras avvikelser i avvikelsemodul i Procapita, enligt avvikelserutin.

Allvarliga händelser rapporteras skyndsamt till MAS, som utreder och bedömer om Lex Maria anmälan är aktuellt. Vård- och omsorgsnämnden informeras vid en Lex Maria anmälan.

När rutin för samordnad vårdplanering inte följs skickas extern avvikelse för utredning. Likaså när icke rapporterad vårdskada uppkommit hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till aktörer där händelser eller risker framkommer som kan påverka patientsäkerheten. Den egna verksamheten skriver skyndsamt avvikelse som skickas till MAS. MAS skickar avvikelsen vidare till berörd vårdgivare/verksamhet inom en månad från det händelsen skett.

Vanligen handlar avvikelse till annan vårdgivare om läkemedel, otydliga ordination samt bemötande.

Inkommande avvikelser återges av MAS till den verksamhet som är berörd. Krävs åtgärder i verksamhet tas det med berörd verksamhet och dess yrkesgrupp.

| | 2017 | 2016 | 2015 |
|--|------|------|------|
| Avvikelser skickade till annan vårdgivare | 5 | 10 | 4 |
| Lex Maria anmälningar | 1 | 1 | 1 |
| Inkommande från Patientnämnden | 0 | 0 | 0 |

Fr. 1 september 2017 skickas anmälan och utredning om Lex Maria till IVO (tidigare Socialstyrelsen).

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Beträffande täckningsgrad för riskbedömning, planerade åtgärder och uppföljning i Senior Alert har vi inte uppnått målet. Struktur och arbets sätt kring arbete i utifrån Senior Alert finns sedan länge. Vikten av arbetssättet ska åter lyftas i de olika arbetsgrupperna så att alla blir införstådda med varför arbetssättet ska följas.

2017 har man arbetat efter riktlinje och framtagna pärm gällande Palliativ vård. Den palliativa vården prioriteras högt av alla professioner i kommunen. Detta till trots kan man se förbättringspotential av flera kvalitetsindikatorer. Då registreringsandel är liten påverkas andelsresultatet fort både positivt och negativt. Personal inom vård och omsorg genomför webbutbildning för palliativ vård som Regionalt cancercentrum väst har tagit fram.

2018 ska all hälso- och sjukvårdspersonal uppdateras och bli väl förtrogna med smärtskattning enligt validerade smärtskattningsinstrument. Vidare ska legitimerad personal alltid efterfråga värde av utförd skattning vid all smärta.

Man ser en klar minskning av skattningar i BPSD-registret jämfört med föregående år. Vid de skattningar som gjorts ses 34 % poängminskning. I dagsläget finns ca 40 inskrivna patienter som har demensdiagnos. 2018 ska struktur för arbetssättet stiftas för att samtliga inskrivna patienter med demensdiagnos ska ha en grundskattning och därefter individuellt anpassade uppföljningar. Det har visat sig skattningar är gjorda i större utsträckning än vad som förts in i registret.

Följsamhet till basal kläd-och hygienrutiner är de viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridning. Vid årets punktprevalensmätning ses en förbättring. Följsamhet till samtliga 8 steg påvisar 16,1 % förbättring från föregående år. Resultat av Självsfattning påvisar brister i framför allt användning av handsprit före patientnära arbete samt användning av plastförkläde. Resultat diskuteras på arbetsplatsträffar för ökad följsamhet. Självsfattning kommer att göras vi extra tillfälle under året.

Fallhändelser är orsaken till att de flesta avvikelserna. Antal fallavvikelser har minskat och antal personer som fallit har ökat. 2 patienter har genererat många fallhändelser och troligt är att flera avvikelser är felaktigt bedömda som avvikelse då fallavvikelse definieras att en person oavsiktligt hamnar på golvet. De flesta fall sker i sovrum under förflyttning. De fallavvikelser som dokumenterats/rapporterats har analyserats på teamträffar. Trots att åtgärder finns insatta har fallhändelser skett.

Den vanligaste orsaken i läkemedelsavvikelse är utebliven läkemedelsdos. Införande av digital signeringslista, kopplat till insatser i Intraphone, ses som ett steg i riktning för ett minskat antal uteblivna doser.

Vid sammanställning av avvikelser ses brister i hur man dokumenterar/rapporterar i avvikelsemodulen. På flera sätt ses otydligheter och muntlig återkoppling till MAS säger att alla avvikelser för året 2017 inte dokumenterats/rapporterats i avvikelsemodulen. När händelseutredning och uppföljning uteblir misstänks rapportering/registrering

minska. Utbildning och genomgång av avvikelsemodul och rutin i samband med introduktion av ny personal krävs. Rådande rutin har lyfts i ledningsgrupp och bland HSL-personal och kvalitetssäkerhetsarbetet kring avvikelshantering är prioriterat 2018.

Ordnation av olämpliga läkemedel och patienter med > 10 läkemedel har minskat. Läkemedel mot psykos har ökat något, vilket dels kan vara en följd av att patienter inom socialpsykiatri är med i årets mätning. I dagsläget har 78 % av våra inskrivna patienter, där vi övertagit läkemedelsansvar, Apodos. Läkemedelsrelaterade indikatorer kommer att diskuteras på samverkansmöten med primärvård.

Delegeringsrutinen kommer att revideras för att inkludera webbutbildning som del i delegeringsförfarandet och ansvar kopplat till delegering kommer att lyftas regelbundet under kommande år. Både personal som delegeras och personal som delegerar måste kontinuerligt påminnas om vilket ansvar som följer inför och under ett delegeringsbeslut.

Arbete pågår för att skapa ett mer enhetlig arbetssätt i både sjuksköterskegruppen och rehabgruppen. Det finns påbörjade arbetsgrupper som ser över struktur och arbetssätt i dem olika vårdlagen. Kollegial handledning ska skapa en ledande struktur som även påverkar patientsäkerheten positivt. Förhoppningen är att översynen ska leda till goda resultat gällande uppsatta verksamhetsmål och därmed förebygga bl.a. fallhändelser.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I enlighet med personcentrerad vård och omsorg ses patient och närstående som en god resurs. En byggsten i personcentrerad vård och omsorg är samverkan med patient och dennes närstående.

Vid större utredning av avvikelse erbjuds patient/närstående att delta.