

Diarienummer: KS 2019/137

Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet: 2019-01-31 Vård och omsorgsnämnden.
Författare: Linda Hurtig Johansson, MAS



Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamheten har fokus på att nå de kvalitetsmål som åligger enligt lagar, författningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna nationellt, regionalt och lokalt. Patient och närstående ska känna sig säkra och trygga. Förutsättningar ska finnas så att varje medarbetare kan utföra en god och säker vård och omsorg.

Verksamhetsmål 2018	
Vårdhygien	100 % följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna
BPSD	Alla med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret. Minska NPI-poäng hos vårdtagarna med 50 %.
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 munhälsobedömning genomförd 100 % ska erbjudas efterlevnadssamtal

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

- ✚ Vård- och omsorgschef ansvarar för att kommunens verksamheter inom vård och omsorg tillgodoser hög patientsäkerhet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för kvalitetsledningssystem tar Vård- och omsorgschef fram, fastställer och dokumenterar riktlinjer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
- ✚ Medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med vård- och omsorgschef ansvar för att bevara och utveckla den kommunala hälso- och sjukvårdens säkerhet och kvalitet genom framtagna riktlinjer. MAS utövar sitt ansvar genom att kontrollera, planera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamheternas kvalitet och säkerhet. MAS är även delegerad att utreda och anmäla enligt Lex Maria
- ✚ Enhetschef ansvarar för att utifrån framtagen riktlinjer upprätta lokala rutiner och förankra dem i de olika verksamheterna. De ansvarar även för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

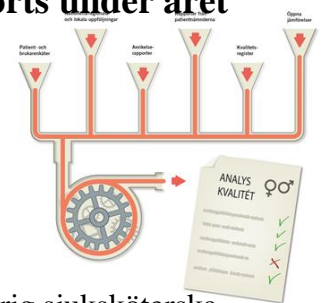


- ✚ Hälsa- och sjukvårdspersonal ansvarar att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.
- ✚ All personal inom vård och omsorg ansvarar för att ta emot och ge information kring synpunkter och klagomål till patienter och närstående samt kunna ge information kring Patientnämnden.

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.



Genomförande av egenkontroll

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

Med hjälp av kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, interna observationer, systematisk journalgranskning, extern granskning samlas data in för att kunna följa verksamhet över tid. Detta innebär regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsområden. Sammanställningar sker 2 ggr/år, varav en är Patientsäkerhetsberättelsen.

Årets egenkontroll, omfattning och frekvens

- ✚ Utdrag från kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativregistret och BPSD-registret. Kontroll av följsamhet till uppsatta verksamhetsmål rörande förebyggande och symtomlindrande åtgärder. Två gånger per år.
- ✚ Basala hygien- och klädrutiner
Punktprevalensmätning om följsamhet till kläd- och hygienrutiner. En observationsdag under våren.
Självskattning vårdhygien. Följsamhet till basala kläd och hygienrutiner. Två tillfällen under året.
Hygienrund. Enhetschef tillsammans med personal granskar sin verksamhet efter framtagna mall. En gång per år.
- ✚ Kvalitetskontroll av spol- och diskdesinfektorer.
Kommunens samtliga desinfektorer granskas så att kontroller enligt rutin utförts under året. Verksamhetsbesök en gång per år.



- ✚ Läkemedelshantering
Extern granskare samtliga läkemedelsförråd. Att riktlinjer och framtagna rutiner finns och följs. Granskning en gång per år.
- ✚ Dokumentation
Strukturerad journalgranskning. En gång per år.
Följsamhet till behörigheter En gång per månad.
- ✚ Avvikelser
Kommunövergripande sammanställning av avvikelser i avvikelsemodulen i Procapita.
En gång per månad.
Följsamhet till rutin kring avvikelshantering sker kontinuerligt i samband med sammanställning. Två gånger per år + vid behov.
- ✚ Svenska HALT, mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende. Punktprevalensmätning en gång per år.
- ✚ Mätning av olämpliga läkemedel. Punktprevalensmätning en gång per år.
- ✚ Mätning av antal oplanerade transporter.. För kontroll av beslut om rätt vårdnivå. En mätning per år.
- ✚ Samverkan med andra vårdgivare. Uppföljning av samverkansavtal och handlingsplan. Samverkansmöte två gånger per år.
- ✚ Medicintekniska produkter. Att förskrivningsprocessen är känd och följs. Kontroll en gång per år.
- ✚ Delegering. Att det finns en känd rutin för delegeringsprocessen. Kontroll en gång per år.

Utvärdering av resultat egenkontroll

- ✚ Vid samverkansmöten med primärvård – Närhälsan och Skagerns vård och hälsoenhet – sammanställs gemensamma förbättringsområden i Lokal handlingsplan mellan kommun och vårdcentral
- ✚ Analys/verksamhetsmöten med ledningsgrupp inom vård och omsorg, 2 gånger per år.
- ✚ Några resultat analyseras på delregionalnivå
- ✚ Flera resultat följs över tid (tre år).



Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att undvika sjukdom och skada och för att de som får hälso- och sjukvård, utförd i kommunal verksamhet, ska kunna bibehålla hälsa och klara vardagen så självständigt som möjligt krävs ett förebyggande arbetssätt. All personal runt den enskilde har ansvar att arbeta förebyggande. Nationella kvalitetsregistren ger oss möjlighet att systematiskt skapa struktur i arbetet och tydligt följa upp och förbättra resultat.

- ✚ Genom att rapportera om risker och händelser som sker i arbetet kring den enskilde. Avvikelsehantering har under året varit regelbundet uppmärksammat och underlag för diskussion i ledningsgrupp ÅO/LSS. Handlingsplan är upprättad och åtgärder påbörjade för all baspersonals utbildning och behörighet för rapportering i Procapitas avvikelsemodul.
- ✚ Genom riskanalyser inför förändringar i verksamhet och inför nya arbetssätt och situationer. Flera förändringar och ändrade förutsättningar i organisationen har varit grund för flertalet riskanalyser under året.
- ✚ Några legitimerad personal har under året utbildats/fortbildats i sårvård, inkontinensprodukter, standardiserad rapportering (SBAR), trycksårsförebyggande madrasser samt förflyttningsteknik vid demenssjukdom.
- ✚ Viss baspersonal har under året erhållit bland annat fortbildning i förflyttningsteknik, validerad smärtskattning, delegeringsförfarande och SBAR. Årligen och vid ny delegering genomgås bland annat webbaserad kunskapstest.
- ✚ Grundlig revidering av riktlinjen Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter.
- ✚ Införandet av Att göra lista i Procapita. Säkerställer att behörig legitimerad personal har tillgång till hälso- och sjukvårdsuppgifter som ska utföras inom ansvarsområdet.
- ✚ Införandet av KVÅ – kvalificering av vårdåtgärd och tillhörande Utförd HSL åtgärd i Procapita.
- ✚ Utbildning i förflyttningsteknik vid demenssjukdom (en arbetsterapeut)
- ✚ Palliativa teamet SkasS har varit och föreläst vid två tillfällen under året. (hemvårdspersonal och legitimerad persona



Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- ✚ Tillsammans med andra vårdgivare/kollegor identifieras kontinuerligt risker i verksamheten.
- ✚ Delregionalt nätverk medicinskt ansvariga sjuksköterskor delar regelbundet med sig av pågående riskanalyser och erfarenheter för uppmärksamhet och därmed spridning av exempel på god vård och omsorg.
- ✚ Riskanalys genomförs i samband med större förändring av verksamhet.
- ✚ Lyhördhet gentemot synpunkter och klagomål från närstående, patient/brukare och personal.
- ✚ Tillsammans med brukare/patient och närstående identifieras risker i verksamheter.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

- ✚ Person som upptäcker avvikande händelse säkerställer relevanta åtgärder i det föreliggande skedet. Personen gör en preliminär analys vad och varför händelse skett.
- ✚ Enhetschef ansvarar för händelse- och konsekvensanalys görs med inblandad personal. Analys av händelse redovisas i personalgrupp där avvikelser skett i lärande syfte/tillämpning av aktuella rutiner. Dokumentation sker i Avvikelsemodulen Procapita.
- ✚ Legitimerad personal ansvarar för att följa upp händelse som skett i samband med delegerad arbetsuppgift. Återkoppling sker till enhetschef för information/underlag i medarbetarsamtal.
- ✚ Fallavvikelse diskuteras tvärprofessionellt på regelbundet återkommande teamträff
- ✚ Externa avvikelser skickas till den vårdgivare där händelse eller risk för händelse skett
- ✚ Inkommande avvikelser från annan vårdgivare utreds, återkopplas och diskuteras/redovisas för berörd enhet.
- ✚ Allvarliga händelser och risk för allvarlig vårdskada rapporteras till MAS , som gör en utvidgad händelseanalys och en Lex Maria anmälan då det är aktuellt samt informerar Vård – och omsorgsnämnd.
- ✚ Legitimerad personal meddelar MAS vid indragen delegering.



Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- ✚ Enbart personal som har ansvar för den enskilde patienten har rätt att ta del av den enskildes journal. Loggning av legitimerad personal görs regelbundet i Procapita Hälso- och sjukvårdsjournal.
- ✚ Under 2018 avslutades den webbaserade utbildningen i informationssäkerhet som påbörjades hösten 2017. Utvärdering påvisar ökad kunskap kring hur man undviker/minimerar att obehörig får tillgång till känslig information. Bland annat genom att inte prata sekretessbelagd information när någon obehörig kan höra vad som sägs. Att inte låta information ligga framme på skrivbordet. Att låsa datorn när man lämnar sitt skrivbord/kontor. Att inte hantera personuppgifter via mail. Säkert handhavande av lösenord och tjänstelegitimation.
- ✚ Information har getts om lämpligt handhavande/förvaring av tjänstelegitimation.
- ✚ Information om vikten av låsning av skrivbord när man lämnar sin dator.
- ✚ Kontroll av hantering av sekretesshandlingar per internposten har gjorts och handhavande har styrts upp.
- ✚ Rutin finns för hur medarbetare och förtroendevalda ska verka för att upprätthålla en god informationssäkerhet
- ✚ Vid tillbud/händelse ska ”Incidentrapporteringsmall” skickas till närmaste chef samt IT-supporten om händelsen är av sådan karaktär.
- ✚ Vid nyanställning, avslut och förändring av anställning finns en rad punkter som chef ska gå igenom med vederbörande gällande informationssäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

- ✚ Samverkan inom den egna verksamheten sker tvärprofessionellt när det gäller förebyggande arbete med hjälp av registrering i kvalitetsregister.
- ✚ Samverkan med andra vårdgivare regleras i diverse samverkansdokument och samverkansmöten på nationell, regional, delregional och lokal nivå. Ett dokument; Överenskommelse om läkarmedverkan uppdateras och signeras årligen.
- ✚ Lokal handlingsplan mellan kommun och vårdcentral revideras och återkopplas två gånger under året på samverkansmöte. Här följs aktiviteter såsom medicinska vårdplaner, SIP, hemsjukvårdsläkare, kvalitetsregistren Senior



alert/Palliativregistret/BPSD, läkemedelsgenomgångar, SAMSA och oplanerade transporter.

- ✚ Vårdsamverkan Skaraborg innefattar olika arbetsgrupper mellan Skaraborgs sjukhus, Närhälsan Skaraborg, Folk tandvården, Habilitering och hälsa och Kommunalförbundet Skaraborg. Syftet med grupperna är att nå en effektiv samverkan i frågor som berör samtliga parter. Målet är att vårdinsatser ska upplevas som en gränslös helhet för berörda patienter.
- ✚ Vårdhygien Skaraborgs sjukhus har en rådgivande och funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till samtliga vårdnivåer. Vårdhygien har under året vid två tillfällen besökt kommunen för fortbildning av personal i basala hygien- och klädrutiner.
- ✚ När synpunkter och missnöje kring vård och omsorg sker finns Patientnämnden till hands som en länk mellan patient och vårdgivare, då patient inte själv vill/kan stå i kontakt med vårdgivaren själv.
- ✚ 2018 var året då ny lag om trygg och säker inskrivning slutenvård togs i kraft och gemensamma dokument finns för patient trygg och säker in och utskrivning i länssjukvård. Inför att lagen togs i kraft skapades ny lokal samverkansmodell för ansvarsfördelning gällande ärenden i SAMSA.
- ✚ Samverkan inom psykiatrin sker i två olika nivåer. Handläggarnivå och ledningsnivå. Inom de olika grupperna ingår representanter från kommun, primärvård och länssjukvård. Grupperna träffas 4 ggr/år. En gång per år träffas ledningsgruppens representanter i Gullspång, Töreboda och Mariestad för gemensamt möte.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, klagomål och synpunkter

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

- ✚ Personalen rapporterar avvikande händelse i avvikelsemodul i Procapita eller på papper, enligt rutin för avvikelshantering.
- ✚ Händelse som medfört eller riskerat medföra allvarlig vårdskada meddelas skyndsamt till MAS.
- ✚ MAS gör vidare utredning och bedömer om anmälan till Inspektion för vård och omsorg (inom 2 månader). Utredning innefattar kartläggning av händelseförlopp, dess orsaker och förbättringsåtgärder. Samtal med inblandad personal, samtal med patient och anhörig och granskning av dokumentation och patientjournal. Eventuell kontakt med annan vårdgivare.



- ✚ Klagomål och synpunkter tas emot via den kommunala mailen (via elektronisk blankett på hemsidan) och/eller genom direktkontakt med någon personal. Varje enhet har samma blankett i pappersform som patient eller närstående kan fylla i. Personal kan vara behjälplig att fylla i blankett vid muntliga synpunkter och klagomål.
- ✚ När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om icke rapporterad vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patientsäkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Den egna verksamheten skickar rapport till MAS som skickar avvikelser vidare till berörd vårdgivare/verksamhet inom en månad från det att händelsen skett.
- ✚ Inkommande avvikelser från annan vårdgivare återges av MAS i den verksamhet som är berörd. Krävs åtgärder i verksamhet tas det upp i ledningsgrupp.

Sammanställning och analys av inkomna rapporter, synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- ✚ Avvikelse rapporter sammanställs månatligt. 2 gånger om året analyseras sammanställning för att se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Senaste åren ses en trend med allt färre avvikelser rapporter (se s.16). Detta kan vara en följd av brister i följsamhet till rutin. Alternativet är att verksamheter efterlever rådande rutin och gott lever upp till de krav som ställs för god vård och omsorg; att kommunen har reellt färre avvikande händelser att hantera.
- ✚ Stabschef sammanställer kommunens samtliga diarieförda synpunkter och klagomål. Sammanställning finns tillgänglig på kommunens hemsida. Utifrån denna sammanställer MAS de som riktats till kommunens vård och omsorg.

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 allians med patient och dennes närstående.
- ✚ Vid allvarlig händelse och risk för vårdskada erbjuds patient/närstående att delta i utredningen.
- ✚ Kommunens närståendestöd har utvecklats under 2018. Två anhöriggrupper med koppling till demensdagverksamheten. Under träffarna har man information/utbildning varvat med frågestund. Anhörigträffar med inriktning särskilt boende är på



planeringsstadium. Fokus kommer vara genomförandeplaner och förebyggande kartläggningar i kvalitetsregister.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Under året har följande egenkontroll utförts.

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
Full följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna	Självskattning x 2 PPM BHK Utbildning vårdhygien SkasS x 2 Hygienvecka	Se bilaga 1.	Fortsatt ej 100%., men målen 100 % ska fortsatt eftersträvas. Dock i nivå och bättre jämfört med riket i stort. Fortsatt missas handsprit före vårdnära patientarbete, vilket kan ses som ett tecken på att man inte tänker på sig själv som smittbärare. Likaså används inte plastförkläde i rätt utsträckning. En personal motiverar sina svar rörande vårdnära arbete: Använder inte handsprit före ”därför att handske används”, använder inte kortärmat för det är ”kallt inne rullar upp ärmarna vid arbete” och har ring, orsak ”ful ovana”. Viktigt att förutsättningar finns, att personal har produkter att tillgå. Under året har leasingbilar utrustats med rätt produkter.
	Kontroll av följsamhet till rutin för disk- och spoldesinfektor	Godkänt	Lyft rutinen på alla enheter i samband med kontroll.
Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret.	Kartläggning i BPSD-registret enligt rutin	Kvantitativt mål uppfyllt. Se bilaga 1.	Kommunen har ca 40 patienter inskrivna i kommunal- hälso- och sjukvård med demensdiagnos.



Minska NPI-poäng hos vårdtagarna med 50 %.		Kvalitativt mål ej uppfyllt	Engagemang och förståelse/kunskap från samtliga professioner krävs för att nå målet. Viktigt att hitta strukturer i det dagliga arbetet för gemensamma strategier utifrån multiprofessionellt perspektiv
Funca. Alla brukare ska ha en NPI-skattning med tillhörande uppföljning.	Kontinuerlig uppföljning av alla brukares kartläggning i Funca	Uppfyllt	Verktuget ses som ett mycket gott verktyg för att kartlägga psykiska och beteendemässiga symtom med kopplade omvårdnadsåtgärder och bemötandestrategier. Ett bra verktyg, vars resultat analyseras och tas med vid upprättande av vård- och genomförandeplan.
Senior Alert. Alla patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård > 65 år har riskbedömning, åtgärder och uppföljning utförd, enligt rutin.	Kartläggning i Senior alert enligt rutin	Se bilaga 1.	Alla inskrivna patienter ska erbjudas kartläggning. Inte alla som vill. En ökning av registreringar ses, dock färre åtgärdsplaner registrerade i förhållande från föregående år. Fallavvikelse har minskat, vilket är tecken på att förebyggande åtgärder genomförs.
Palliativregistret. Alla ska få smärta skattat enligt validerade smärtskattningssystem	Smärtskattning med validerade skattningssystem vid palliativ vård. Utbilda baspersonal att utföra vid varje upplevd smärta.	Se bilaga 1.	Förbättrat resultat från föregående år. Legitimerad personal/sjuksköterskor har fortsatt ovana att använda skattningssystem. All baspersonal har inte fått utbildning.
Palliativregistret. 85% ska ha en munhälsobedömning genomförd	Följa palliativ riktlinje/rutin	Se bilaga 1.	Sämre resultat jmf med föregående år. Dock bättre resultat jmf med riket. Flertalet plötsliga/snabba vårdförlopp.



Alla ska erbjudas efterlevnadssamtal	Följa palliativ riktlinje/rutin	Se bilaga 1.	Av de som enligt rutin registrerats i Palliativregistret har anhörig till två patienter inte erbjudits efterlevnadssamtal.
Följsamhet till läkemedels hanteringsrutin	Extern granskning Revidering av läkemedelsriktlinje Skaraborg	Se bilaga 1	Mindre brister upptäcktes som genast rättades till av ansvarig sjuksköterska. Under året har ett gemensamt läkemedelsförråd upprättats. Detta ökar förutsättning för fullgod följsamhet till rutin Riktlinjen är uppdaterad. Som följd ska lokal rutin ses över.
Lämpligt läkemedels behandling	Mätning av olämpliga läkemedel	Se bilaga 1.	Markant ökning jmf med förra årets resultat ses, dock i nivå med året dess för innan.. Ökat antal läkemedelsgenomgångar innebär att de flesta inskrivna patienter har fått en genomgång av sin läkemedelsbehandling under året. Därav har ansvarig läkare till stor del tagit ställning till aktuell medicinering. Diskussion ska föras med behandlande läkare vid kommande samverkansmöten.
Följsamhet till patientdatalagen. Dokumentation i Hälso- och sjukvårdsjournal	Strukturerad journalgranskning	Se bilaga 1.	Framsteg har gjorts och görs. Fastställt målvärde för följsamhet ej uppfyllt, dock förbättring från föregående år. Det övergripande målet är att legitimerad fullgör sin dokumentations-skyldighet. 2019 innehåller återkommande workshops i Hälso- och sjukvårdsprocessen.



	Följsamhet till behörigheter		Loggningar görs enligt rutin. Analys av resultat genomförs och återkopplas.
Rätt vårdnivå	Mätning av antal oplanerade transporter	Se bilaga 1.	I stort var alla beslut passande med tanke på det antal vård dagar sjukhusbesök resulterade i.
Förskrivningsprocessen är känd och följs	Revidering av riktlinjen Kvalitetssäkring av medicintekniska produkter		Arbetet påbörjades dec 2017. Revidering klar dec 2018. Följsamhet kräver alla professioners delaktighet och kunnande. Avvikelser har under året påvisat brister i ansvarsfråga.
God samverkan med andra vårdgivare	Samverkansmöte 2 ggr år för revidering av överenskommelse och handlingsplan. Nytt arbetssätt i och med ny lag om säker utskrivning.	Utan anmärkning	Samverkan på lokal nivå fungerar väl. Gott samarbete, korta kontaktvägar. Nytt arbetssätt kräver tät dialog i samverkan. Arbetet flyter på genom god kommunikation och delaktighet alla parter.
Följsamhet till delegeringsprocessen	Revidering av rutin 2018 Kontroll av antal delegeringar	Utförd Utförd	Rutinen för delegering reviderad och förankrad i verksamheterna. Viss felfördelning av ansvarig sjuksköterska i förhållande till ansvarsområde. Enhetschef har nu justerat ansvarsområde och därmed följer ändrad fördelning av delegeringsansvar.

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 avvikelsem modul i dataprogrammet Procapita. Viktigt att man inte tar avsteg från den rutin som finns. Ett par år tillbaks ses en minskning av totalt registrerade/rapporterade händelser. Vid sammanställning av avvikelser ses fortsatt brister i hur man

dokumenterar/rapporterar i avvikelsemodulen. Händelseanalys och vidare åtgärder och återkoppling till berörd personal ska dokumenteras. Avsteg från rutinen i form av tex. bristande återkopplingar till berörd personal kan vara en del i ett minskat antal rapporter. Saknas uppföljning ses ingen mening i att aktivt rapportera händelser. Årssammanställning grundar sig på de månatliga sammanställningar som gjorts. Vid sökning avvikelser helår påvisas viss efterregistrering av händelser.

De största posterna av avvikelser är läkemedelsavvikelser i form av missade läkemedelsdoser och fallhändelser.

Avvikelser, antal	2016	2017	2018
Läkemedelshantering	224	208	106
Risk läkemedelsincidens	9	10	3
Samordnad vårdplanering intern avvikelse (skickad till annan vårdgivare)	2	5	8
Samordnad vårdplanering, avvikelse till kommunen	2	0	0
Hälso- och sjukvårdsåtgärder	21	10	11
Faktiska fall (inskrivna i hemsjukvården)	286	262	121
Faktiska fall (inte inskrivna i hemsjukvården)	49	12	48
Medicinteknisk produkt	2	7	0

Antal fall	Antal personer 2016 (335 fallhändelser)	Antal personer 2017 (274 fallhändelser)	Antal personer 2018 (169 fallhändelser)
1	39	58	34
2-5	36	29	29
6-9	6	8	7
10-13	1	0	0
14-17	2	0	0
≥18	1	2	2
	85 personer	97 personer	72 personer

Förhållande mellan följsamhet till rutin gällande kartläggning i Senior alert, rapportering av avvikande händelser (fallavvikelser) och aktuellt underlag av patienter/brukare kan vara resultat av minskat antal registrerade fallrapporter.

Två personer har stor fallrisk och faller ofta. En är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård och har upprättade vård- och genomförandeplan för att minimera fallhändelser. Den andra är inte inskriven i kommunal hälso- och sjukvård. Här ligger ansvaret för åtgärder hos patientens vårdgivare.



Demens/kognitiv funktionsnedsättning

- + I enlighet med Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom fortlöper kontinuerlig utbildning/praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg. Här har kommunens demenssamordnare har en ledande roll.
- + Personer med demenssjukdom får vård och omsorg utifrån ett teambaserat arbetssätt i vidare utsträckning än föregående år.
- + Kommunen har en anpassad daglig verksamhet för personer med demenssjukdom.
- + Anhörigstödet har utvecklats under 2018. Regelbundna anhörigträffar har anordnats.
- + Lokal samverkan med vårdcentraler är god behandlande läkare och kommunens demenssamordnare emellan.
- + Den interna samverkan mellan professioner såsom biståndshandläggare och demenssamordnare är väl etablerad.
- + I enlighet med de nationella riktlinjerna ses måltidssituationerna på Särskilt boende över. Förbättringsförslag har diskuterats kostchef, enhetschef och demenssamordnare emellan. Åtgärdsplan har upprättats.
- + Hemvårdsgrupperna träffas regelbundet för kartläggning av patienter med demenssjukdom i BPSD-registret.
- + I introduktionen för vikarier ingår föreläsning i bemötande.

All personal har fått utbildning i kvalitetsregistret Funca. Fungerar som ett verktyg i dagliga omsorgen av brukare inom LSS. Alla brukare har en kartläggning och uppföljningar sker efter behov. Arbetssättet är väl etablerat i alla verksamheter där omsorg bedrivs.

Synpunkter och klagomål

Under 2018 har 6 diarieförda synpunkter och klagomål inkommit till Vård- och omsorg. Dessa har handlat om personlig vård och omsorg (4 st.), tillgänglighet per telefon jourtid och bemötande i trafiken.

Utöver dessa diarieförda synpunkter inkommer regelbundet, uppskattningsvis relativt ofta, synpunkter som handhas av personal och chefer utan att det registreras och påvisbart kan sammanställas här. Patienter, anhöriga, baspersonal och kolleger från andra verksamheter/vårdgivare har som brukligt åsikter, frågor, förbättringsförslag vilket ska välkomnas.

Händelser och vårdskador

Fyra allvarigare händelser har utretts under 2018. En Lex Maria utredning skickades till IVO med svar om, inget behov av ytterligare åtgärder än de som redovisats upprättad åtgärdsplan.

	2016	2017	2018
Avvikelse skickade till annan vårdgivare	10	5	11
Inkommande avvikelser från annan vårdgivare/Patientnämnden	0	0	0
Lex Maria anmälningar	1	1	1

Dokumentation- och rapporteringsansvar ses som en övergripande orsak till varför avvikande händelser/situationer uppstår. Vidare ses ett stort behov av att återkommande lyfta de riktlinjer och rutiner vi har för att upprätta god vård och omsorg. Vikten av att kontinuerligt och vid introduktion av ny personal tydliggöra vem gör vad, när, hur och varför. Varför är kanske den viktigaste kändedomen för alla medarbetare.

Mål och strategier för kommande år.

Utifrån vad som framkommit under analys av årets resultat kopplat till uppsatta verksamhetsmål finns fortsatt utmaningar.

Vårdhygien

100 % följsamhet till BHK ska alltid eftersträvas. Utöver det som årligen utförs ska hygienombud kommande samlas vår och höst för genomgång och uppföljning av arbetsbeskrivning och gällande rutin. Viss tid ska regelbundet avsättas för vårdhygienfrågor på APT. Varje enhet ska ta fram strategier för hur man inom gruppen lyfter brister i följsamhet till rutin. All personal ska med stöd av hygienombud ta hygienkörkort (webbaserat kunskapstest).

BPSD

De flesta som nu är kartlagda BPSD-registret har låga NPI-poäng efter grundskattning, men för att uppnå kvalitetsmålet krävs alla professioners deltagande och ansvarstagande i planerade åtgärder.

Senior alert

Några få enheter drar ner det totala resultatet. Punktinsatser ska medföra att alla enheter använder Senior alert till fullo. För att säkerställa dokumentation i Senior alert ska ansvarsfördelning och rutin i sin helhet ses över.

Smärtskattning med validerade smärtskattningsinstrument

Legitimerad personal har fortsatt ovana att använda validerade smärtskattningsinstrument. Legitimerad personal kommer regelbundet under året påminnas om uppgiften och vikten av att



använda sig av smärtskattning. Påbörjat arbete med att utbilda baspersonal i smärtskattning fortsätter under kommande år. Ett tillfälle att instruera/utbilda personal är vid förnyelse av delegering. Vart efter bör sjuksköterska vid vårdbegäran om smärta efterfråga smärtskattning.

Riskanalys

För hantering och för att göra mer användarvänligt revideras material för riskanalys. Delårsvis kommer MAS begära in dokumenterade riskanalyser för årlig sammanställning.

Konsekvensanalys

Konsekvensanalyser ska dokumenteras för varje avvikande händelse som rapporteras. Detta görs enligt rutin i Procapitas avvikelsemodul.

Handlingsplaner

Dokumenterade handlingsplaner ska upprättas, tvärprofessionellt där det behövs, efter risk- och konsekvensanalys för att tydliggöra vem som gör vad och när.

Synpunkter och klagomål

En mer gynnsam inställning till omhändertagande av frågor, synpunkter och klagomål ska befästas i alla verksamheter. Alla ska vara lyhörda för vad personal, närstående och patienter, kolleger från andra verksamheter/organisationer/vårdgivare har att säga. Framtaget material för mottagande av synpunkter och klagomål ska tillgängligt finnas på alla enheter/verksamheter.