



# **Patientsäkerhetsberättelse Hälso- och sjukvård Bollebygds kommun**

**2015**

2016-02-29

Ingela Sunneskär

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

---

---

*Mallen är framtagen av Sveriges kommuner och landsting*

---

## Innehållsförteckning

1. Allmänt	3
2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
3. Övergripande mål och strategier	4
4. Samverkan för att förebygga vårdskador	4
5. Struktur för uppföljning/utvärdering	5
6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
7. Resultat Nationella kvalitetsregister	9
8. Uppföljning genom egenkontroll	13
9. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	21
10. Hantering av klagomål och synpunkter	28
11. Samverkan med patienter och närstående	28
12. Sammanfattning	29
13. Övergripande mål och strategier för kommande år	30

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §



---

## **1. Allmänt**

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast mars månad varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

## **2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **2.1 Nämndens ansvar**

Nämnden ska planera, leda, och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet för god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **2.2 Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten gällande medicintekniska produkter, IT och teknik samt att personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

---

### **2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för 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. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler upprättas genom behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

### **2.4 Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef för Hälso- och sjukvård och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra uppgifterna. Att det finns delegerad omvårdnadspersonal och personliga assistenter som kan ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och att tid ges till utbildning och uppföljning av uppgifterna. Enhetschef analyserar, bedömer och åtgärdar avvikelser inom sitt kompetensområde vilket ska ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten. Aktivt arbeta med det systematiska kvalitetsledningssystemet, samt att samverka med andra, både intern och externt.

### **2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet inom

---

sitt yrke, och ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvarig för att delegeringsprocessen är säker och att systematisk utbildning och uppföljning sker. Aktivt arbeta med att samverka med andra, både intern och externt.

## **2.6 Omvårdnadspersonalens och personliga assistenters ansvar**

All personal som mottagit en delegation att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att rapportera negativa händelser (avvikelsehantering) samt kontinuerligt hålla sig uppdaterad på vilka uppgifter som delegerats. Aktivt arbeta med det systematiska kvalitetsledningssystemet, samt att samverka med andra, både intern och externt.

## **3. Övergripande mål och strategier**

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Ledningssystemet ska synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bidrar till en säker grund och är förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. År 2013 började förvaltningen arbetet med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, som bygger på *Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011: 9). Det finns riktlinje med rutin för det systematiska kvalitetsarbetet, som innehåller rutin för egenkontroller, att riskbedömningar görs och att orsaks- och händelseanalyser sker.

## **4. Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

---

---

### **Vårdskador förebyggs genom att:**

- identifiera och analysera risker för vårdskador i verksamheten
- undanröja eller om det är möjligt, begränsa risker

### **Utreda händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada:**

- klargöra händelseförlopp och påverkande faktorer
- ge underlag för förbättringsåtgärder
- eventuellt anmäla enligt lex Maria

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur förvaltningens verksamheter samverkar internt och med andra vårdgivare. Former för samverkan regleras i flertalet styrdokument.

### **Övriga samarbets- och utvecklingsområden/samarbetspartner:**

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna
- Överenskommelser med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
- Överenskommelse om läkarmedverkan med Närhälsan, Bollebygd
- Överenskommelse mellan regeringen och SKL om arbete med "De mest sjuka äldre" i samarbete med Boråsregionens kommunalförbund
- Samarbete med FoU Sjuhärad Välfärd, Högskolan i Borås
- Samverkan med Boråsregionens kommunalförbund och VästKom om införande av e Hälsa inom förvaltningen och till medborgare, s.k. e- tjänster t.ex. mobil arbetsplats



- 
- Avtal med Inera om säker inloggning i datasystem med SITHS<sup>1</sup>- kortsinloggning, genom anslutning till nationell HSA<sup>2</sup>- katalog
  - Avtal om hjälpmedelsförskrivning med Västra Götalandsregionen
  - Avtal med Hjälpmedelscentralen om service av hjälpmedel av kommunens grundutrustning
  - Samverkan enligt LOU med privata utförare i funktionshinderverksamheten.

## 5. Struktur för uppföljning och utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Uppföljning och utvärdering av mål och föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse sker genom:

- Att arbeta systematiskt med kvalitets- och ledningssystemet och PDSA- hjulet, med att utföra egenkontroller, mätningar, vårdinventering, infektionsregistrering, dokumentation, avvikelserapportering med orsaks- och händelseanalyser, nationella kvalitetsregister och utbildning, mm.

*Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av processer och rutiner som sker genom att arbeta systematiskt med PDSA- hjulet och orsaks- och händelseanalyser*

### **PDSA- hjulet**

#### **varför**

*Planera Genomföra Utvärdera Förbättra*

*Teknik Organisation*

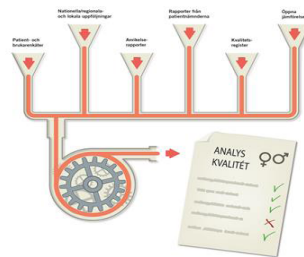
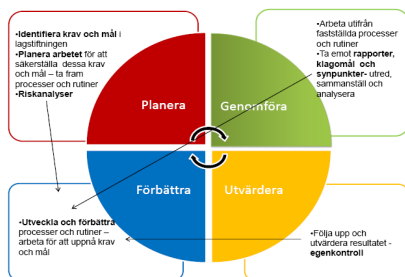
### **Orsaksanalys med 5**

***MTO*** *Människa*

---

<sup>1</sup> SITHS= säker identifiering för inloggning i datasystem med personlig e- legitimation som visar vem man är (datainspektionens krav på autentisering)

<sup>2</sup> HSA- katalog är hälso- och sjukvårdens adressregister som sköts via Inera. [www.inera.se](http://www.inera.se)



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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår genom kommunfullmäktiges inriktningsmål. Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier har varit genom arbete med kvalitetsregister, avvikelserregistrering och följsamhet till rutiner genom uppföljning av egenkontroller, samt granskning.

Utbildning för personal har skett inom följande områden:

- Utbildning för registrerare i kvalitetsregistret BPSD<sup>3</sup>
- Workshop i vårdplaneringssystemet KLARA/ SVPL för legitimerad personal och biståndshandläggare och uppföljning genom PDSA- hjulet
- LÄR UT<sup>4</sup>- utbildning, säker läkemedelshantering för delegerad omvårdnadspersonal
- Trycksårsutbildning i samband med punktprevalensmätning i Senior alert

<sup>3</sup> BPSD är ett nationellt register för personer med beteendemässiga psykiska symtom vid demens

<sup>4</sup> LÄR UT= Ett utbildningsprogram för sjuksköterskor om bättre läkemedelshantering för äldre

[Länk till utbildning i LÄR- UT](#)

- 
- Workshop i ICF för legitimerad personal med uppföljning genom PDSA- hjulet
  - Webbutbildning i psykisk ohälsa
  - Seminarium om äldres problem vid inkontinens via projektsamarbete med FoU- Sjuhärad välfärd, Högskolan Borås, Tranemo och Ulricehamns kommuner
  - Webbutbildning i läkemedelshantering via svenskt demenscentrum
  - Förflyttningsutbildning
  - Hygienutbildning i ombudsrollen
  - HSL- uppdrag i Procapita för legitimerad personal och chefer
  - TENS<sup>5</sup>- utbildning för sjuksköterskor
  - Utbildning i hantering av och arbete med NPÖ<sup>6</sup>
  - Rutin och struktur för arbete med systematiskt kvalitetsledningssystem

## **Kommunens arbete för god och säker hälso- och sjukvård**

### **6.1 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbrist-situationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte delegerar en arbetsuppgift som man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan vara: viss läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, spolning av urinkateter,

---

<sup>5</sup> TENS = transkutan elektrisk nervstimulering. Det är en smärtlindringsmetod som används för att behandla vissa typer av akut och långvarig smärta, till exempel muskelvärk eller värk i samband med sår

<sup>6</sup> NPÖ = nationell patientöversikt som innebär att läsa viss formation från andra vårdgivares journaler

---

rehabiliterande träningsprogram och viss hantering av hjälpmedel.

## **6.2 Rehabilitering**

Alla som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har möjlighet att vid behov få bedömning/träning av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Hjälpmedel utprovas individuellt av behörig personal och följs upp enligt rutin. Kommunen ansvarar för rehabilitering på särskilt boende, korttidsboende, ordinärt boende, dagverksamhet och daglig verksamhet och LSS-boende. Rehabiliteringspersonal samverkar med andra personalkategorier, bland annat genom teamträffar.

Fysioterapeuten ansvarar för bedömning och träning av funktionsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras till omvårdnadspersonal. Arbetsterapeuten ansvarar för bedömning och träning av aktivitetsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå aktivitetsförmåga. Förutom rehabiliterande behandlingar genomförs förflyttningsutbildning för personal i förvaltningen.

## **6.3 Medicintekniska produkter**

Medicintekniska produkter är produkter som ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska prövas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och det ska dokumenteras i patientjournal. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling ska ske efter fastställda rutiner.

## **6.4 Munhälsa**

---

MAS utser personer i kommunen som är intygsutfärdare av tandvårdsintyg, vilket innebär att en person är berättigad en årlig gratis munhälsobedömning. Det är sjuksköterskor, biståndshandläggare och LSS- handläggare som genomgår utbildning och förser personer med intyg. Intyget kan även innebära lägre kostnader vid vissa tandläkarbesök.

## **6.5 Dokumentation**

Patientdatalagen (*SFS 2008:355*) reglerar en vårdgivares behandling av person-uppgifter inom hälso- och sjukvården samt bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte har träffat patienten tidigare. Patientjournalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljning och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

## **6.6 Läkarmedverkan**

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkansavtal mellan Bollebygds kommun och Närhälsan i Bollebygd finns. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker kontinuerligt.

## **6.7 Samordnad vårdplanering - SVPL**

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vård-givare till en annan, vanligtvis i samband med in/utskrivning till/från sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå. Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) i Södra

---

Älvsborg har i uppdrag att ansvara för att samordnad vårdplanering hanteras i överensstämmelse med regionala krav. Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning till och från slutenvården.

### **6.8 Närvårdssamverkan Södra Älvsborg**

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg leds av en styrgrupp med mål att omhänderta nationella överenskommelser och genomförande av utbildning kring de mest sjuka äldre, palliativ vård, personer med funktionsnedsättning, psykisk ohälsa och barn och unga vuxna in utsatt situation. En ledningsgrupp och arbetsgrupper finns i alla kommuner med representanter från alla vårdgivare.

Närvårdssamverkan har fått medel från regionen att starta pilotprojekt om Närsjukvårdsteam<sup>7</sup> och Mobila vårdcentralsläkare. Allt efter den sk. "Skaraborgsmodellen" med goda resultat för sköra äldre, med minskad onödig återinskrivning i slutenvården, och istället genererat trygghet i hemmet.

## **7. Resultat**

### **Nationella kvalitetsregister**

Överenskommelsen med SKL<sup>8</sup> om Bättre liv för sjuka äldre med mål om äldres behov i centrum, sker genom att uppmuntra, säkra och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting, genom sammanhållen vård och omsorg. Det är en långsiktig intention för att skapa ett gott liv. För 2015 har inga prestationsmedel erhållits eftersom arbetssättet ska vara implementerat för att skapa trygghet och kvalitet i det dagliga livet för patienterna.

---

<sup>7</sup> Närsjukvårdsteam i Södra Älvsborg [Länk till projekten Närsjukvårdsteam och Mobila vårdcentralsläkare](#)

<sup>8</sup> Sveriges kommuner och landsting. [www.SKL.se](http://www.SKL.se)

---

## 7.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där riskbedömningar genomförs av fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

### Måluppfyllelse

Utförda riskbedömningar genomförs i högre frekvens på särskilt boende (Hus A och Hus B) jämfört med ordinärt boende och korttidsenhet (Hus C). Hus A hade 36 procent planerade åtgärder för dem med fallrisk, 100 procent av åtgärderna utfördes inom tre månader. Hus B hade 77 procent planerade åtgärder för dem med fallrisk, 70 procent av åtgärderna utfördes inom tre månader. Vid ordinärt boende och korttidsboendet har inga planerade åtgärder utförts för dem med fallrisk (16 procent).

#### 7.1.2 Förbättringsförslag 2016

- Det är viktigt att följa **hela processen** dvs. riskbedömning-åtgärd- uppföljning, för att skapa skillnad för den enskilde.
- Arbets sättet måste prioriteras som ett ständigt pågående förbättringsarbete.
- När en risk konstaterats måste uppföljning av åtgärder ske systematiskt.

#### 7.1.3 Punktprevalensmätning förekomst av trycksår 2015

En punktprevalensmätning<sup>9</sup> av trycksår samt granskning av journaldokumentation genomfördes under våren enligt nationell standard på särskilt boende och korttidsboende i samarbete med SKL och Senior alert. Punktprevalensmätningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete på varje äldreboende runt om i Sverige för att förebygga och minska förekomsten av trycksår.

---

<sup>9</sup> Punktprevalensmätning= PPM- mätning. Den andel av en viss befolkning som är sjuk av en viss sjukdom vid en viss tidpunkt

---

## Måluppfyllelse

Resultat av genomförd mätning visar att totalt hudbedömdes 25 patienter varav 5 stycken hade trycksår av kategori 1 som innebär hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck. Kategori 4 innebär öppna sår med fullhudsskador och denna typ av trycksår förekom inte alls. Sjuksköterskorna har dokumenterat åtgärder för förebyggande av trycksår i patientjournalerna. Det påvisar att prevention dvs. förebyggande arbete och det dagliga vårdarbetet är av god kvalitet som omvårdnadspersonal och legitimerad personal utför.

## 7.2 Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret<sup>10</sup> är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Under de senaste åren har det nationellt varit fokus på fyra indikatorer; *brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsläkemedel mot ångest* i syfte att uppnå högre täckningsgrad<sup>11</sup> i registret. För Bollebygd har det totala resultatet bedöms som mycket gott och har under flera år varit den kommun som gjort flest inrapporteringar med högsta täckningsgrad i hela Västra Götalandsregionen. Med täckningsgrad av inrapporterade dödsfall menas att oavsett förväntat eller icke förväntat dödsfall ska det registreras.

## Måluppfyllelse

---

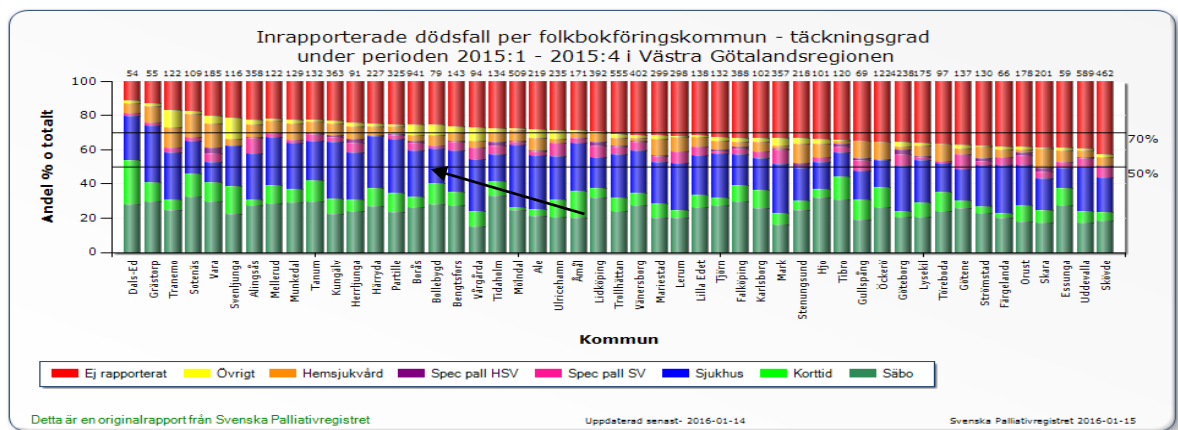
<sup>10</sup> [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se)

<sup>11</sup> Täckningsgrad 90,20 % (2013), 84,62 % (2014) och 74,68 % (2015)



Av inrapporterade dödsfall per kommun i Västra Götaland 2015 har Bollebygds kommun hamnat på 16:e plats med täckningsgrad på 74.68 procent, bild 1. Det innebär inte att vården försämrats jämfört med tidigare år utan att dödsfall ej rapporteras i registret i lika hög grad som tidigare.

Bild 1. Täckningsgrad inrapporterade dödsfall 2015



Vården av personer i livets slut visar mycket god kvalitet vilket kan ses i bild 2 - 4 genom att jämföra kvaliteten i måluppfyllelsen i spindeldiagrammen mellan 2014 och 2015 för Bollebygd. Ju mer grönt det är i spindeldiagrammet, desto bättre resultat.

Bild 2. Bollebygds kommun 2014

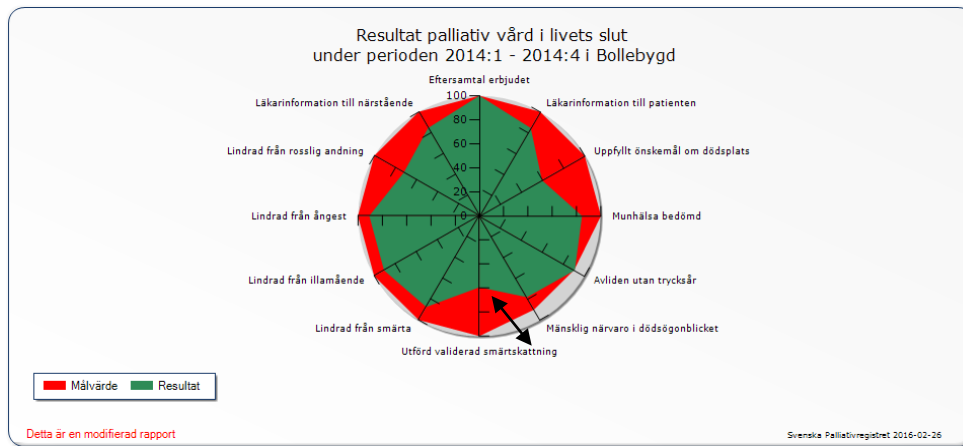
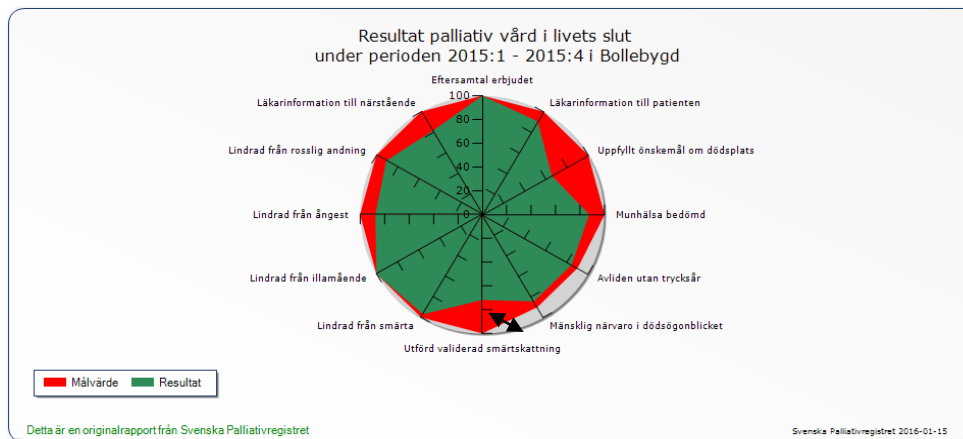


Bild 3. Bollebygds kommun 2015



Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer beskriver innehåll och kvalitet av vård i livets slutskede där utförd validerad smärtskattning uppgår till 71.9 procent jämfört med året innan 59.4 procent för Bollebygd, bild 3. Med validerat instrument menas ett redskap, utformad så att all skattning bekräftas korrekt utifrån en struktur med fast uppsatta riktlinjer och gränser, i syfte att minska risken för felkälla, oberoende av vem som utför skattningen. I Sverige uppkom skattningen till 38.4 procent 2015, bild 4.

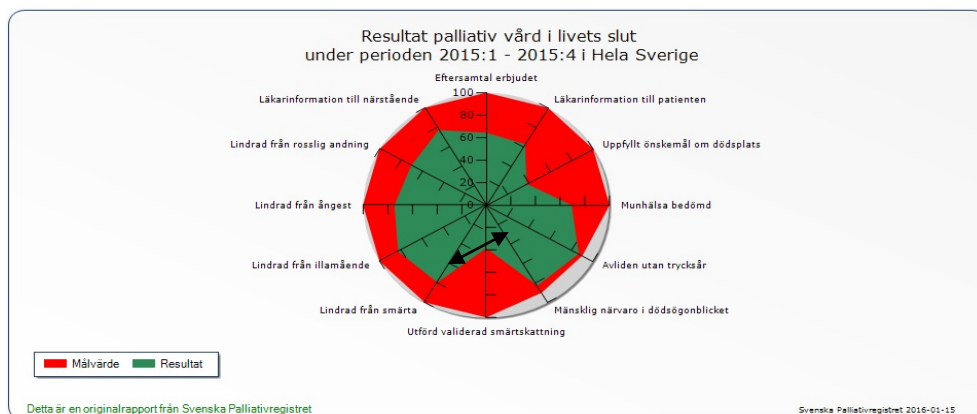


Bild 4. Hela Sverige 2015

### 7.2.1 Förbättringsförslag 2016

- Ett av nyckeltalen i verksamhetsplanen för 2016 är att följa och mäta utförd och dokumenterad smärtskattning med validerat instrument sista levnadsveckan, i syfte att öka patientens rättighet och behov av stöd i livets slut. Mål är att nå mer än 90 procent.
- Utbildning i skattningsskalan Abbey Pain Scale<sup>12</sup> och VAS<sup>13</sup> kommer att ske.
- Webbutbildning i allmän palliativ vård i samverkan med Västra Götalandsregionen, samordningsförbundet Västkom och Boråsregionens kommunförbund.

### 7.3 Svenskt register för Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett kvalitetsregister där enheterna registrerar personbundna uppgifter och problem, diagnos, behandling och resultat. Det gör att varje enhet kan följa sin verksamhet där registreringen leder till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan

<sup>12</sup> Abbey Pain Scale- för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal. [Länk till Abbey Pain Scale- blankett](#)

<sup>13</sup> VAS- visuell analog skala för självskattning av smärtupplevelse. [Länk till VAS- skalan](#)

---

omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall även läkemedel.

För att bedöma BPSD- relaterade problem används en skattningsskala NPI<sup>14</sup>. Aktuellt NPI- poäng skall understiga riksgenomsnittet som är 23. Höga NPI- poäng indikerar på omfattande beteendemässiga psykiska symtom, såsom t.ex. oro, ångest, depression, aggression, förvirring eller sömnstörningar. Arbetssättet leder till en individuell bemötandeplan för varje patient, med relevanta vårdåtgärder.

Det är svårare att få en uppfattning om registreringarna utanför demensboendet (Hus B) eftersom det inte framgår en tydlig demensdiagnos på det somatiska boendet (Hus A) och Korttidsboendet (Hus C). Hus B (demensboendet) är god förebild för arbetet med BPSD- registret och tydligt ses att NPI- poängen sjunkit på demensboendet liksom på det somatiska boendet, tabell 1.

Tabell 1.

<b>Enhet</b>	Antal registreringar	Genomsnitt NPI- poäng
År 2015 <i>2014</i> <i>kursiv</i>		
<b>Hus A</b>	2 <i>2</i>	15 poäng <i>18</i>
<b>Hus B</b>	25 <i>35</i>	10.5 poäng <i>12</i>
<b>Hus C</b>	4 <i>3</i>	20.5 poäng <i>16.5</i>
<b>Ordinärt boende</b>	2 <i>0</i>	9.5 poäng

---

<sup>14</sup> NPI- Neuro Psychiatric Inventory är ett mått på vårdtyngd

---

Två sjuksköterskor har utbildats till Silvia- systrar, med specialutbildning i demensvård.

### 7.3.1 Förbättringsförslag 2016

- De nationella riktlinjerna för demensvård har ännu inte implementerats i verksamheten. En plan bör tas fram som innefattar lokal rutin i kvalitetsarbetet med demenssjuka personer inom förvaltningen. Detta förslag kvarstår från föregående år.

## 8. Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p2*

### 8.1 Hygien

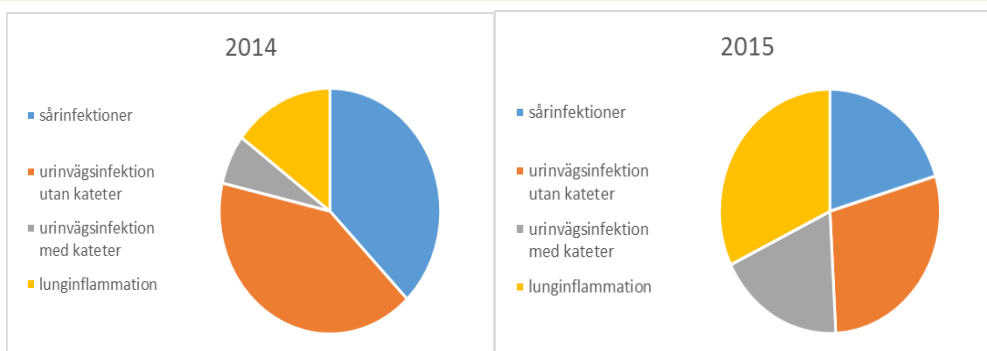
Sjuksköterskorna utför infektionsregistrering över samtliga antibiotikabehandlade infektioner varje månad, eftersom antibiotikaförskrivning ökat i hela världen vilket är ett hot för hela samhället. Antibiotikaresistens utvecklas och innebär att bakterier utvecklar motståndskraft mot antibiotika som leder till att bakterieinfektioner inte går att bota i framtiden. En person som har en urinkateter är disponerad att få en infektion i högre grad än en som inte har kateter, eftersom den är en infart för bakterier i kroppen. Noggrann handhygien minskar risken för vårdrelaterade infektioner<sup>15</sup> och onödig antibiotikaförskrivning. Nedan redovisas en del av den totala registreringen.

	2013	2014	2015
Lunginflammation	7	9	19
Urinvägsinfektion <i>med kateter/ utan kateter</i>	9/ 20	4/25	11/17
Sårinfektion	12	23	12

Bild 5.

---

<sup>15</sup> Vårdrelaterad infektion (VRI) = en infektion som uppstår i vården orsakad av vården genom smittspridning



Under 2015 har fler lunginflammationer förekommit av oklar anledning, men det kan bero på att många insjuknade i influensa. Typ av sårinfektioner är bensår och sår av gikt. Ett gott resultat är att förekomst av urinvägsinfektion är färre för patienter med kateter än för dem utan kateter, eftersom katetern i sig utgör en riskfaktor.

## 8.2 Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Årligen sker en punktprevalensmätning<sup>16</sup> genom att hygienombuden i särskilt boende och korttidsboende gör en observationsstudie av medarbetare efter nationell standard framtagen av SKL. Resultatet av observationerna speglar den egna verksamhetens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Det som observeras är följande: *handdesinfektion före och efter vårdnära arbete, användning av handskar, plastförkläde, korrekt arbetsdräkt, uppsatt hår och fri från ringar, klockor och armband.* Meningen är att samtliga steg ska vara korrekta. I Bollebygd utfördes endast 20 stycken observationer 2015 mot 47 stycken år 2014 och 65 stycken år 2013.

Det är nedåtgående trend att utföra observationerna. Det syns tydligt att Bollebygds kommuns resultat tidigare följt rikssnittet men 2015 avviker resultatet markant gällande följsamhet till användning av plastförkläden och andel med desinfektion före vårdkontakt, bild 6 – 7.

<sup>16</sup> Punktprevalensmätning = PPM- mätning av basala hygienrutiner. Den andel av personalen som utför arbetsmoment enligt basala hygienrutiner vid en viss tidpunkt

Bild 6. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler PPM-mätning 2014

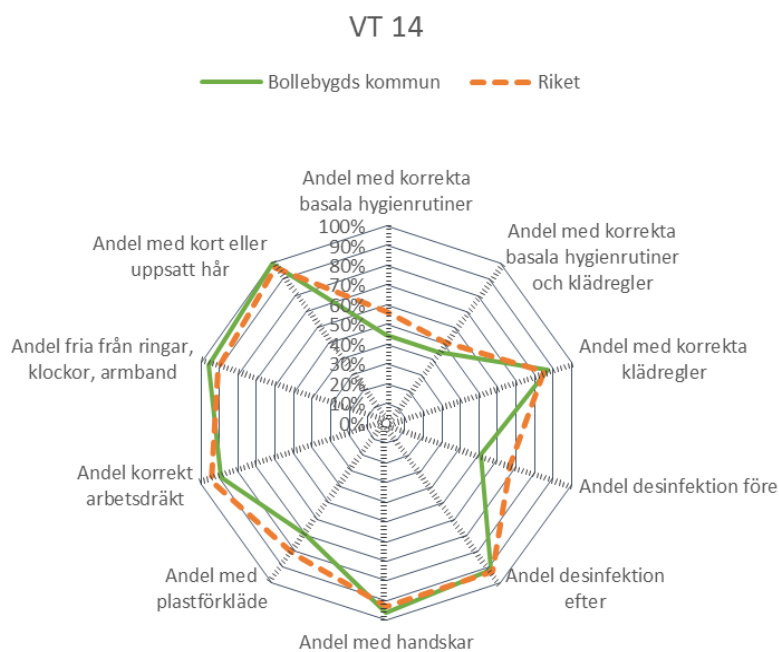


Bild 7. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler PPM-mätning 2015

## VT 15

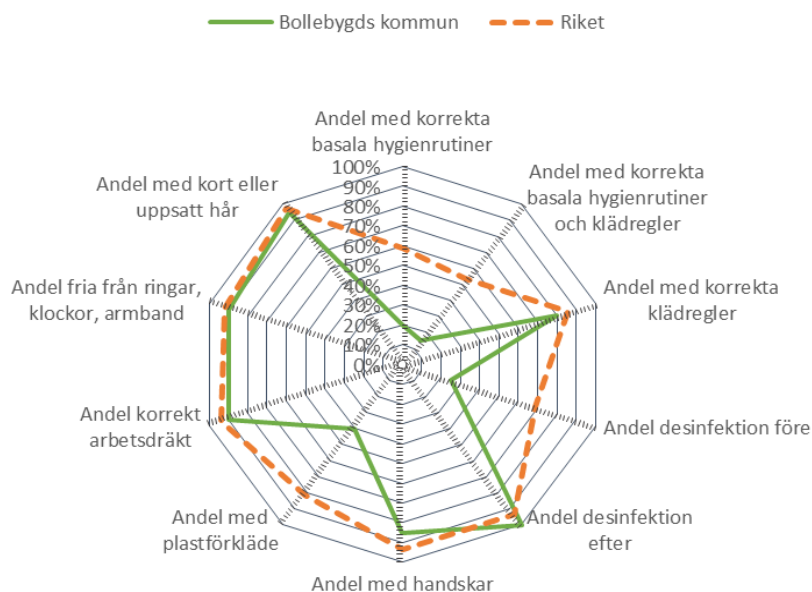
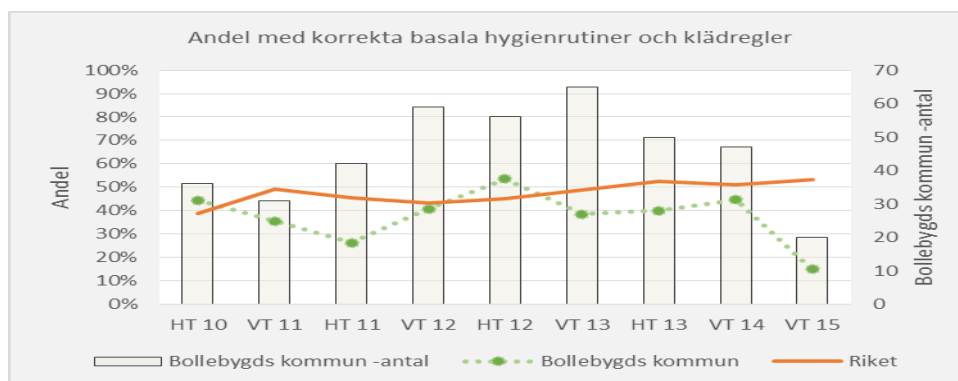


Bild 8. Andel korrekta basala hygienrutiner och klädregler i samtliga steg



### 8.2.1 Förbättringsförslag 2016

- Handdesinfektion före patientnära vårdarbete, korrekt användning av plastförkläde är moment som måste uppmärksammas angående ökad följsamhet. De kvarstår dessutom från föregående års förbättringsförslag.

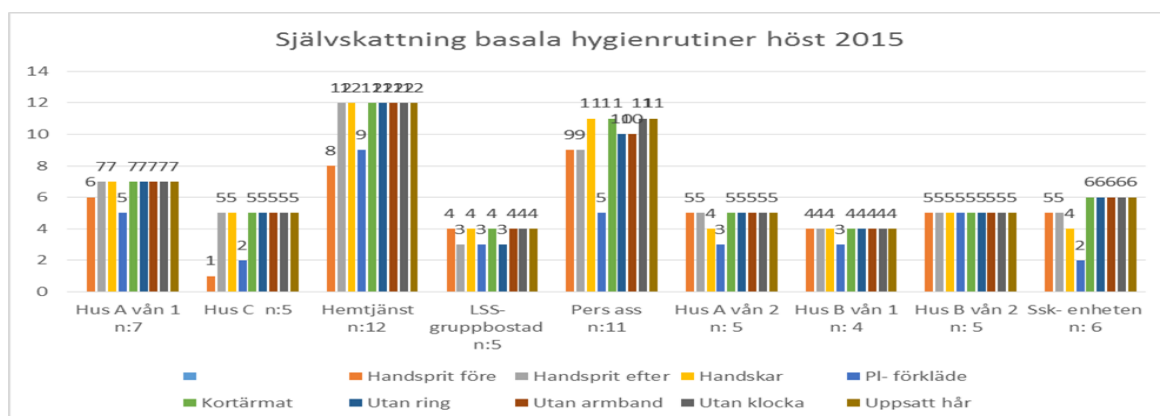


- Att alla hygienombud utför observationerna för spegling från alla enheter.
- Följsamhet till socialstyrelsens författning (*SOSFS 2015:10*) om skärpt hygienkrav för *konstgjorda naglar, hand/arm- skenor* (ortos) som inte får förekomma i vård- och omsorgsarbete (hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS- verksamhet). Samt att tvätthantering av arbetskläder ska ske på arbetsplatsen och arbetskläder ska inte användas till och från arbetet.

### 8.3 Självsfattning av följsamhet till kommunens basala hygienrutiner

Två gånger per år ska all personal utföra självsfattning enligt kommunens basala hygienrutiner. Det är samma parametrar som mäts som i den nationella observationsstudien. Syftet är att få personalen att reflektera över krav som finns och ta lärdom av sitt handlande samt att chefen får underlag för vidare diskussion i personalgrupperna. Hygienombuden ansvarar att självsfattning utförs, bild 9.

Bild 9.



#### 8.3.1 Förbättringsförslag 2016

- 
- Handdesinfektion före patientkontakt och plastförkläde i patientnära arbete, samt att arbeta utan ring är det som bör förbättras.
  - Det måste bli en levande fråga på APT och/ eller verksamhetsmöten.
  - Information om att öka följsamhet till basala hygienrutiner, mål 100 procent.
  - Skriva avtal om att följa basala hygienrutiner och att efterleva det.
  - Utbildning till enheter med resultat som sticker ut.
  - Påtala för hygienombud på samtliga enheter att ansvara för att självskattning sker två gånger per år och återföra resultatet till gruppen för reflektion med stöd från närmsta chef.
  - Utbildning till alla nya enhetschefer, gruppleddare och andra stödfunktioner.
  - Webbutbildning i basala hygienrutiner ska introduceras i verksamheten.

### **8.3.2 MAS systemkontroll genom oanmälda intervjuer**

Oanmälda intervjuer har genomförts på Hus A, Hus B och Hus C, under oktober månad 2015, för specifik kontroll av följsamhet till städrutiner. Resultatet visar att köksförkläde inte används i önskvärd utsträckning, att armband och nagellack förekom och att städning av avdelningskök prioriteras bort vid hög arbetsbelastning. Rutin för städ och rengöring måste följas och det är enhetschef och hygienombud som ska hålla frågan levande i personalgrupperna.

### **8.4 Vårdinventering**

Varje år genomför MAS vårdinventering för legitimerad personal. Vårdinventeringen är även ett mått på vårdtyngd. Samtidigt sker granskning av journaler i syfte att kontrollera och säkerställa socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för god vård. Utifrån viss data kan resultatet jämföras med riket. Det gäller framförallt antal med

---

mer än tio läkemedel och polyfarmaci<sup>17</sup> dvs samtidig behandling med mer än tre psykofarmaka<sup>18</sup>. Resultaten finns tillgängliga i Öppna jämförelser<sup>19</sup> som är information som SKL tillhandahåller om kvalitet, resultat och kostnader inom vissa verksamhetsområden inom kommuner och landsting.

Samtidig behandling med *tio eller fler läkemedel*, regelbundet eller vid behov, innebär ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordinationen. Det blir svårare att veta hur olika läkemedel samverkar för individer som tar många läkemedel och därför bör strävan vara att hålla antalet nere. Antalet läkemedel kan fungera som en riskmarkör i samband med förebyggande insatser såsom läkemedelsgenomgångar. Antalet läkemedel i sig behöver dock inte vara ett problem så länge varje läkemedel behövs och inte ger några negativa följd effekter.

Det nationella resultatet för indikatorn *mer än tio läkemedel* visar att 20.2 procent av personer 75 år och äldre i särskilt boende eller ordinärt boende med hemtjänst beräknades använda tio eller fler läkemedel vid mättillfället i juni 2014. På kommunnivå varierar andelen mellan 10 och 34 procent. Bollebygds kommun har 45 procent mer än tio läkemedel, av de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, enligt vårdinventering 2015 (44 procent år 2014).

Indikatorn *tre eller fler psykofarmaka* i Öppna jämförelser visar att behandling med många psykofarmaka samtidigt ökar risk för fall och biverkningar samt risk för att läkemedlen påverkar varandra så att effekten av behandlingen blir oönskad. Det kan också vara ett tecken på brist i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Resultatet

---

<sup>17</sup> Polyfarmaci är samtidigt behandling med tre eller fler psykofarmaka

<sup>18</sup> Psykofarmaka är läkemedel mot psykos, depression, ångest, oro och sömnrubbningar

<sup>19</sup> [Länk till Öppna jämförelser](#)

---

på riksnivå uppgår till 11 procent av personer som är 75 år och äldre och som behandlades med tre eller fler psykofarmaka samtidigt vid mättillfället i juni 2014. På kommunnivå varierar andelen mellan 2 och 17 procent. I Bollebygds kommun har 11 procent fler än tre psykofarmaka 2015 (4 procent år 2014) för de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

### Resultat vårdinventering

<b>Sjuksköterskor</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Läkemedelsansvar, helt/ delvis 108/29		113/27
Antal dosexpedierade (Apodos)	75	76
Antal dosetter med delade läkemedel	56	57
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar	99	90
Stående ordination med COX- hämmare <sup>20</sup>	6	4

### Resultat vårdinventering

#### **Arbetsterapeuter och fysioterapeuter**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>
--	-------------	-------------

*Antal förskrivna*

Taklyftar	15	15
Gånghjälpmedel	104	111
Individuell rullstol	71	74

#### **8.4.1 Förbättringsförslag 2016**

---

<sup>20</sup> COX- hämmare hette tidigare NSAID- Non Steroid anti- inflammatorisk drug. Tex Tablett Voltaren, Ibuprofen, Diklofenak, som kan ge allvarliga biverkningar för äldre personer vid långvarig behandling

- Påverka vårdcentralen att öka antal dosexpierade<sup>21</sup> läkemedel och därmed minska antalet dosetter, som är en riskfaktor vid delningstillfället samt vid transport ut till ordinärt boende.
- Öka antal läkemedelsgenomgångar som uppkommit till 83 procent (88 procent 2014) i syfte att minska antal med fler än samtidig behandling med tio läkemedel samt minska polyfarmaci.
- Webbutbildning i psykisk ohälsa för äldre.

## 8.5 Utförda bedömningar i Procapita

Tabell 2.

2013

2014 2015

Fallriskbedömning	86	87	27
Minnestest ( <i>bedömning vid demensutredning</i> )	6	14	10
Bedömning av undernäring	37	75	22
Trycksårsbedömning	22	77	21
Symtomskattning enl. LÄR UT ( <i>läkemedelsbiverkningar</i> )	94	10 9	73

### 8.5.1 Förbättringsförslag 2016

- Dokumentera bedömningar som görs i Procapita och Senior alert även om det leder till dubbeldokumentation (trycksår, fall och undernäring).
- Ta reda på vilka övriga bedömningar som kan implementeras för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

## 8.6 Vaccination mot säsongsinfluensa

Eftersom personer över 65 år tillhör riskgruppen att insjukna i influensa samt utveckla följsjukdomar såsom tex. lunginflammation är det viktigt för folkhälsan att fler vaccineras.

<sup>21</sup> Dospåse/ Apodos är färdigdosa påse med läkemedel, delad och packad från apotek

---

Samma erbjudande om gratis vaccin ges varje år. I samhället i stort är det få personer som vaccinerar sig, vilket kan vara relaterat till de bieffekter som uppstod i samband med influensapandemin (svininfluensan). Det förekommer att närstående påverkar val av vaccination. För den enskilde själv har det inte alltid hög prioritet. 2014 års insjuknande av säsongsinfluensa var hög och flera patienter avled till följd av influensa trots att de var vaccinerade. En hel enhet blev behandlade med sk. antiviraler som är läkemedel mot virus för att lindra symtom och dödsfall.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Antal utförda vaccinationer		106
108		
Andel vaccinerade	55 %	62 %

Det är mycket positivt att Bollebygds kommun även erbjuder gratis influensavaccin till samtliga anställda. Totalt var det 54 stycken i hela kommunen som valde att vaccineras, varav 28 stycken inom bildnings- och omsorgsförvaltningen och direkt vårdanställd personal i äldreomsorg och område funktionsnedsättning hade antalet vaccinerad personal endast ökat med två stycken från säsong 2014 till 2015, totalt 15 personer vaccinerades av dessa.

### **8.6.1 Förbättringsförslag 2016**

- Preventiva arbetet och tydlig information, som tidigare.
- All personal borde vaccineras, för att minska risk att smitta patienterna.

## **8. 7 Utförda kontroller av medicintekniska produkter (MTP)**

Egenkontroll för god patientsäkerhet vid användning av medicintekniska produkter ska ske enligt rutin. Det har genomförts

---

på samtliga enheter på ett föredömligt sätt. Samtliga egenkontroller är utförda och godkända.

### **8.8 Utförda munhälsobedömningar**

Munhälsobedömning erbjuds enligt avtal med Tandvårdenheten i Västra Götaland och innebär hembesök av tandhygienist en gång per år. Enhetschef är ansvarig kontaktperson mot Folktandvården som är utförare av munhälsobedömningen och de ska även erbjuda all personal utbildning i munvård/ munhälsa som genomför kostnadsfritt. 41 stycken omvårdnadspersonal erhöll utbildning 2015, vilket var ett förbättringsförslag föregående år som har uppnåtts.

### **Måluppfyllelse**

Nedan kan ses att alla som tackat ja till munhälsobedömning och som erhållit detta under det gångna året. För de som inte fått bedömning, kan det bero på att personen tackar nej när tandvården kommer och ska genomföra bedömningen eller att personer inte blivit avslutade i registret efter dödsfall. Enligt Tandvårdsenheten är de inte registrerade på rätt enhet, enligt intygsutfärdaren stämmer inte det. Det är helt enkelt oklart varför, men det har varit väldigt många byten av biståndshandläggare inom äldreomsorgen under året och de utfärdar intyget i ordinärt boende för dem som inte är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

	<b>Utfall 2015<sup>22</sup></b>	<b>LSS &amp;</b>
<b>Äldreboende</b>		
		<b>Hemtjänst</b>
Antal JA- tack till munhälsobedömning (72)	32 (30)	69
Antal som erhållit munhälsobedömning	15 (5)	50 (53)

---

<sup>22</sup> 2014 utfall kursiv stil inom parentes

---

### **8.8.1 Förbättringsförslag 2016**

- Säkerställa genom kontroll att utfärdare av tandvårdintyg är aktuella och arbetar enligt gällande rutin.

## **8.9 Granskning av dokumentation i patientjournaler**

Granskning har skett av totalt 15 stycken patientjournaler i syfte att öka kunskap om användning i dokumentationssystemet för användarna. Exempel på kontroll är om samtycke, rätt kontaktuppgifter, medicinska diagnoser och om observation finns dokumenterat samt att se flöde och spårbarhet i en händelse och i vilken utsträckning som bedömningar och ordinationer följs upp. MAS bedömning är att dokumentationen är god över lag men att viss dokumentation skrivs under fel sökord och det syns tydligt att vikarier inte följer ICF<sup>23</sup>- systemet i journalen.

### **8.9.1 Förbättringsförslag 2016**

- Att vikarierande sjuksköterskor får rätt utbildning i ICF-dokumentation och systemet Procapita, vid anställningens början.

- Genomföra kollegial dokumentationsgranskning med all legitimerad personal i syfte att utveckla kompetens och följa utveckling.

## **8.10 Införande av HSL- uppdrag i Procapita**

Under hösten infördes HSL- uppdrag i Procapita och det innebär att en ordinerad och delegerad hälso- och sjukvårdsuppgift läggs som ett uppdrag från den legitimerade personalen till respektive enhetschef, för att säkerställa att rätt delegerad uppgift går över som en beställning och mottas digitalt av chefen. En granskning av HSL- uppdrag gjordes strax efter införandet av totalt 46 stycken journaler. Flera patienter hade mer än ett HSL- besök under dagen av hemtjänsten. Besöken planerades utföras av 13 stycken

---

<sup>23</sup> ICF är internationell klassifikation av funktionstillstånd, dokumentation enligt internationell standard



---

hemtjänstpersonal. Underlaget såg tveksamt ut för 8 patienter och granskning skedde därför utifrån det. Följande granskades: *Vilken personal som fått uppgiften på sitt schema för dagen. Patienter med tveksamheter på arbetsschemat. Text i HSL - uppdraget. Korrekt delegation för berörd hemtjänstpersonal. Planerad uppgift utförs av rätt person med rätt kompetens. HSL - uppdrag beställd och mottagen i Procapita.*

### **8.10.1 Förbättringsförslag 2016**

- Enhetschef, legitimerad personal och den som mottagit en delegation måste kontinuerligt kontrollera att delegeringarna är korrekta och aktuella.
- Införa ett så kallat årshjul med tydligt ansvar för VAD, VEM och NÄR aktiviteter ska utföras.

### **8.11 Samordnad vårdplanering via Lynk**

Under året har vårdplanering via Lynk som videolänk mellan kommun, primärvård och sjukhus testats och genomförts, i syfte att minska vårdplaneringstillfällena med restid till och från sjukhus.

## **9. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3. 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5*

### **9.1 Avvikelse**

En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunna medföra någon typ av skada som inte är förväntad utifrån personens tillstånd eller vårdens karaktär. Avvikelsehantering omfattar rutiner för att identifiera och rapportera negativa händelser, analysera och åtgärda orsaker samt utvärdera åtgärdernas effekt. Målet med avvikelsehanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs.

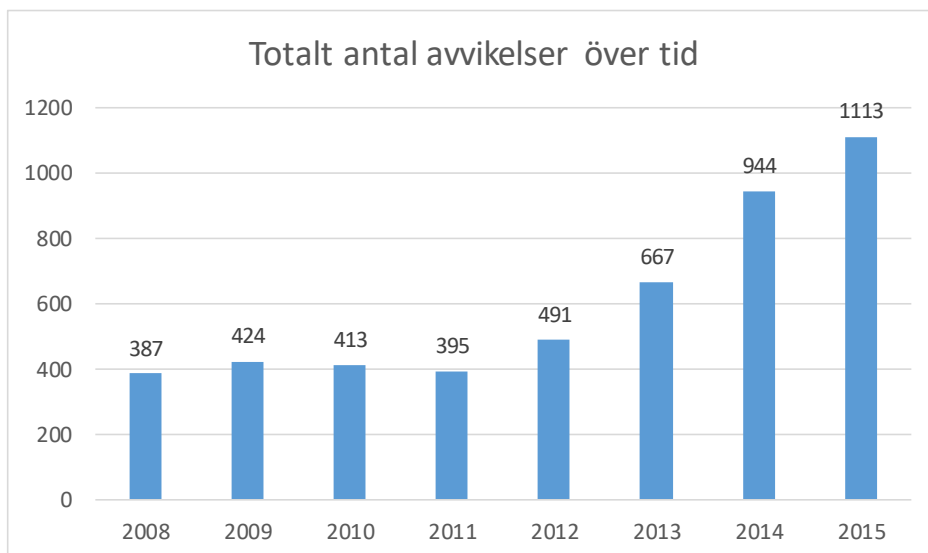
---

att vården i kommunens äldreomsorg och funktionshinderverksamhet är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Syftet är att identifiera eventuella negativa mönster och/ eller systemfel i vårdverksamheterna samt skapa underlag för kvalitetsförbättringarbete.

### 9.1.1 Resultat 2015

Under 2015<sup>24</sup> rapporterades totalt 1113 stycken hälso- och sjukvårdsavvikelser. Trenden är att fler och fler avvikelser rapporteras. Mörkertal för icke inrapporterade händelser är svårt att uppskatta, men samtliga enheter påtalar att de har blivit duktigare på att registrera händelser, eftersom tonvikt har lagts på att informera all personal om att det är händelsen och inte personen som skall uppmärksammas.

Bild 10. Resultat totalt antal avvikelser över tid



### 9.1.2 Fallavvikelser över tid

	2012	2013	2014	2015
<b>Fallrapporter</b>	304	338	455	495

<sup>24</sup> 2014 rapporterades totalt 944 stycken avvikelser

---

## Frakturer

10

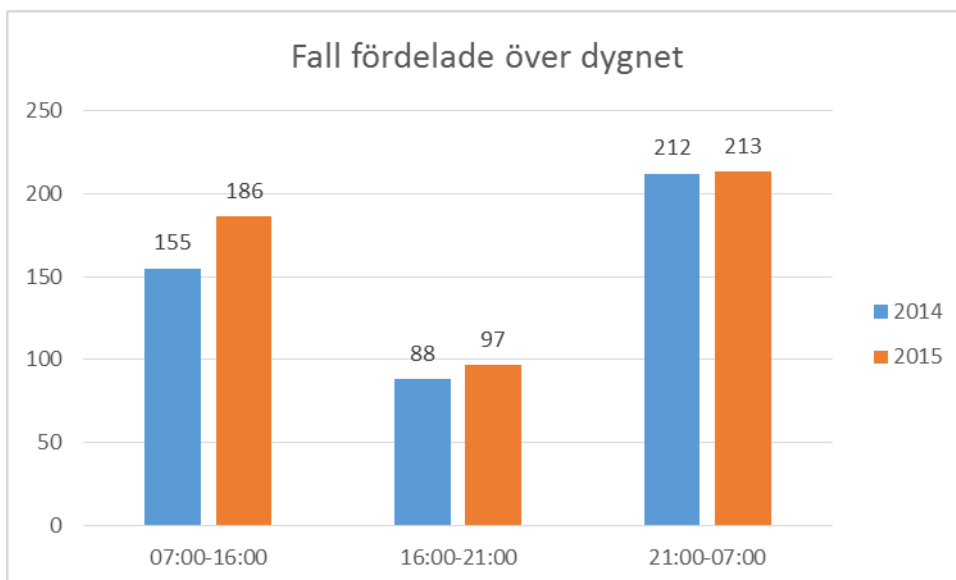
3

5

1

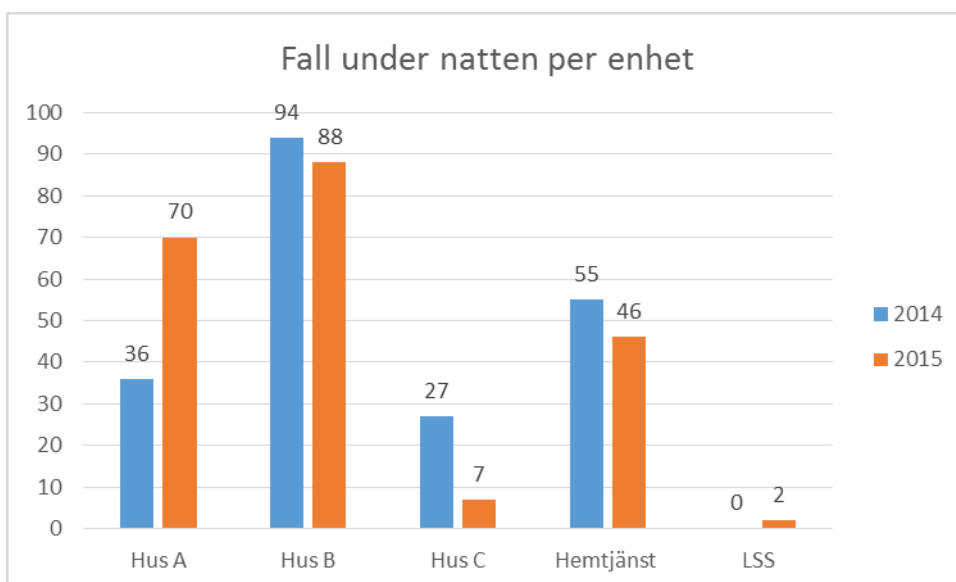
### 9.1.3 Fallavvikelser över dygnet

Bild 11.



### 9.1.4 Fall under natten per enhet (klockan 21.00- 07.00)

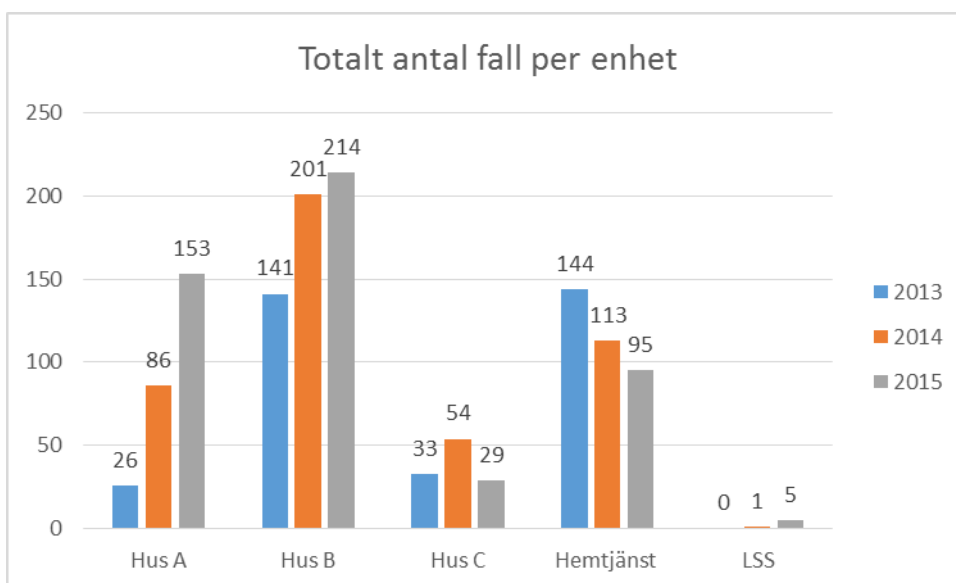
Bild 12.



---

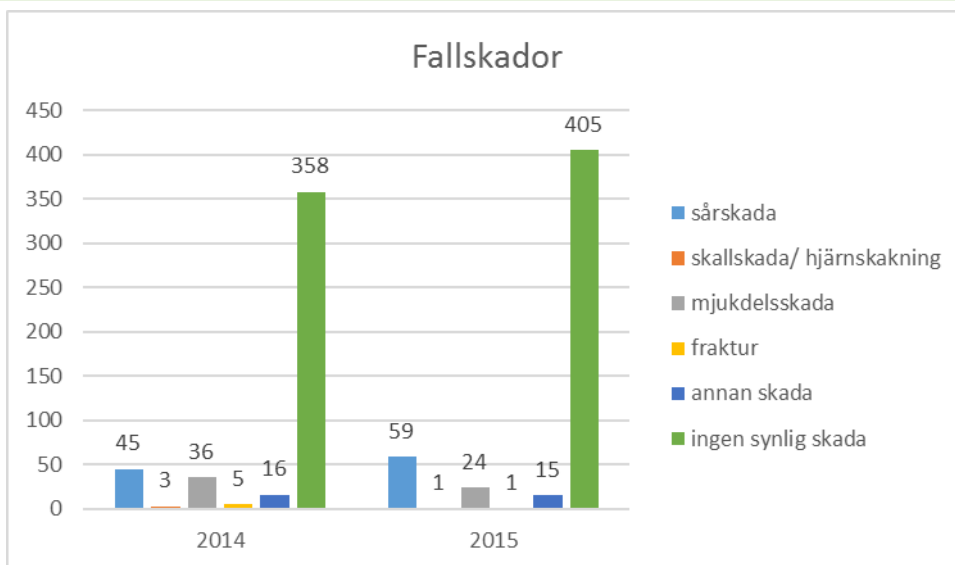
### 9.1.5 Totalt antal fall per enhet

Bild 13.



### 9.1.6 Fallskador

Bild 14.



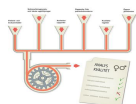
### 9.1.7 Sammanfattning fallavvikelser

- Det totala antalet fallolyckor har ökat med 41 stycken
- Antalet fallolyckor nattetid är ingen skillnad från föregående år
- Fraktur har minskat från 5 till 1, trots att det totala antalet fall ökat
- 82 procent av samtliga fallolyckor uppvisar ingen skada.

### 9.1.8 Orsaks- och händelseanalys

Det ska ske genom att ställa frågan **varför** minst fem gånger, för att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelsen, i syfte att finna rätt åtgärd.

Fem varför enligt MTO- *Människa Teknik Organisation*



Tabell 3.

#### Orsaks- och händelseanalys FALL

**Åtgärder för att förhindra upprepning**

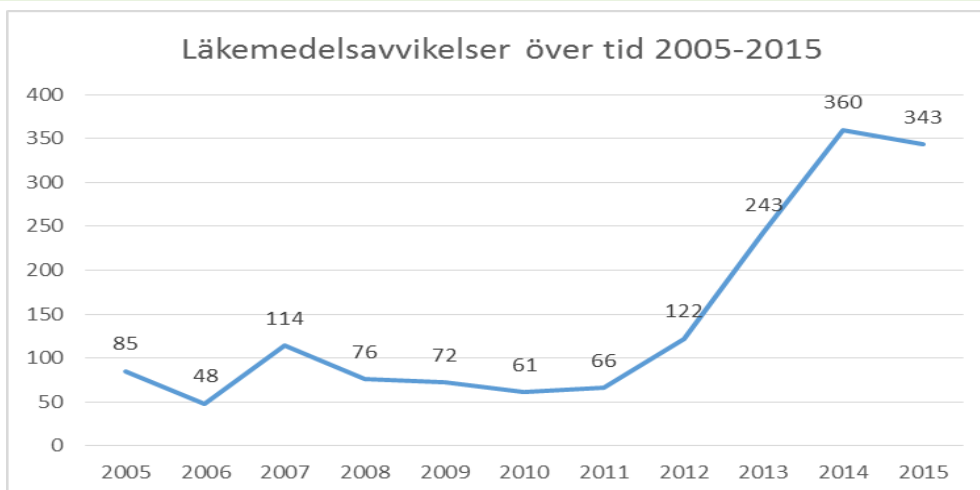
<b>Hus A</b> <b>Hus B</b>	Skapa ett salutogent förhållningssätt och arbeta fallförebyggande Tydliggöra kontaktpersonens roll Rutin om information och kommunikation Förenklad uppdaterad genomförandeplan IT- utbildning för medarbetare i SITHS- kortsanvändning Uppdragsbeskrivning och mål för ombuden i kvalitetsregistren Arbete med kvalitetsregistren Senior alert och BPSD
<b>Hus C</b> <b>Hemtjänst</b>	Systematiskt kvalitetsarbete med Senior alert Tydliggöra kontaktpersonens roll

### 9.1.9 Förbättringsområden 2016

- Aktivt arbete med orsaks- och händelseanalyser för att systematiskt förbättra vårdkvaliteten och förebygga vårdskador samt utvärdera enligt PDSA- hjulet.
- Resultat måste efterfrågas på alla nivåer med strategi för utvecklingsarbete.

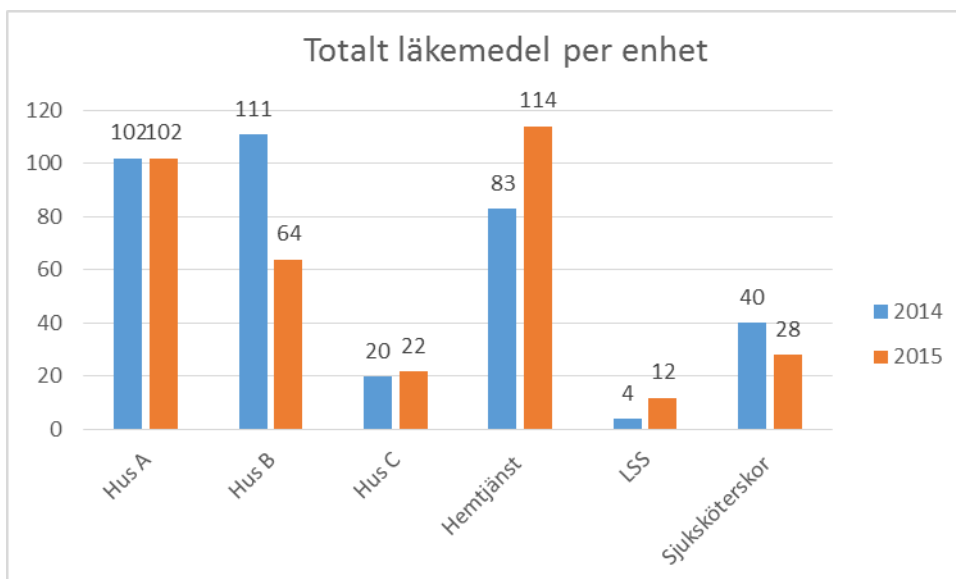
### 9.1.10 Läkemedelsavvikelser över tid

Bild 15.



### 9.1.11 Läkemedelsavvikelser per enhet

Bild 16.



### 9.1.12 Sammanfattning av de vanligaste läkemedelsavvikelserna

#### Typ av avvikelse

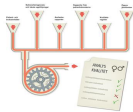
- Avglömd dos 228 stycken (256)<sup>25</sup>
- Fel dos/fel tid 36 stycken (51)

<sup>25</sup> 2014 års utfall inom parentes

- Fel läkemedel/fel patient 7 stycken (11)
- Feldelade dosetter/ felaktiga signeringslistor/ instruktioner/ eller att dosett inte skickats med ut med hemtjänst 23 stycken (40).

### 9.1.13 Orsaks- och händelseanalys

Fem varför enligt MTO- *Människa Teknik Organisation*



Tabell 4.

<b>Orsaks- och händelseanalys LÄKEMEDEL</b>	
<b>Åtgärder för att förhindra upprepning</b>	
<b>Hus A</b>	Avstämning på arbetspasset vem som har HSL- ansvar
<b>Hus B</b>	Tydliggöra uppdraget om mentorskap vid nyanställning-handledning Följa rutin för delegering Enhetschef aktivt arbeta att ta emot HSL- uppdrag i Procapita God planering för kompetensutveckling/ utbildning för semestervikarier och följa upp introduktion vid nyanställning tillsammans med mentor Veckovis uppföljning av läkemedelsavvikelser för snabb utredning Regelbunden uppföljning av avvikelser på team och APT
<b>Hus C</b>	Handledning, introduktion och följa upp delegeringar
<b>Hemtjänst</b>	Planera och rekrytera semestervikarier i god tid Enhetschef aktivt arbeta att ta emot HSL- uppdrag i Procapita Ökad grundbemanning
<b>LSS</b>	Lägga in larm på telefonen med påminnelse om tid för läkemedel Tydligare kommunikation och kontakt med sjuksköterska
<b>Sjuksk</b>	Införande av mentorskap vid nyanställd sjuksköterska



---

<b>öterske enhete n</b>	Avstämning och dosettdelning en gång per vecka samt internkontroll  Bevaka och påverka möjlighet att få dosexpedition istället för dosett
---------------------------------	---

### **Måluppfyllelse**

Sammanfattningsvis kan ses att läkemedelsavvikelser har minskat med 17 stycken. Det är 28 färre avvikelser med avglömd dos. Hemtjänsten har ökat med 31 stycken rapporterade händelser och LSS har ökat med 8 stycken, medan Hus B minskat med 47 stycken och sjuksköterskorna minskat med 12 stycken.

Allvarliga händelser kan vara att fel dos insulin givits eller att dos uteblivit, vilket påverkar patienten medicinskt, men även andra injektioner såsom proppförebyggande injektioner och att rätt dos tablett Waran som är ett blodförtunnande läkemedel tillhör gruppen som kan ge allvarliga konsekvenser. Smärtplåster tillhör också riskgruppen eftersom det kan ge för hög dos av narkotikaklassat preparat. Totalt har 13 avvikelser av allvarligare grad inträffat, som dock inte lett till större skada eller dödsfall.

#### **9.1.14 Förbättringsförslag 2016**

- Utsedd HSL- ansvarig person måste finnas och tid för avstämning måste ske att säkerställa en god och säker läkemedelshantering, varje arbetspass.
- Kontroll att läkemedelsdelegeringar är korrekta och aktuella, för samtliga involverade (enhetschef, den som mottar en delegation och den legitimerade som ger delegationen).
- God planering för rekrytering av semestervikarier till hemtjänsten.
- Säkerställa introduktionsutbildning för semestervikarier.

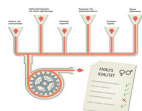
#### **9.1.15 Utebliven rehabiliterande träning**

Fysioterapeuterna (sjukgymnasterna) har rapporterat att delegerad träning uteblivit vid många, många tillfällen. Denna typ av avvikelse har vuxit fram i verksamheten under 2014- 2015 och mer uppmärksamhet ger ökat fokus kring problemet. I de fall den äldre personen inte får sin ordinerade rehabiliterande träning leder det till immobilisering, passivitet, minskad rörlighet, minskad muskelfunktion, minskad stabilitet och balans men även nedstämdhet och illabefinnande. En händelse utgör flera träningstillfällen för en patient under en månad, därför är antalet svårt att följa. From år 2016 kommer samtliga händelser som skett under månaden för varje patient att redovisas.

Privat LSS- utförare har 84 missade tillfällen och svar från utföraren är att träningen är utförd men ej signerad. Samtal har skett med samtliga enligt chefen. Flest missade träningstillfällen har skett i vår egen verksamhet i kommunen.

### 9.1.16. X Orsaks- och händelseanalys

Fem varför enligt MTO- *Människa Teknik Organisation*



Tabell 5.

<b>Orsaks- och händelseanalys UTEBLIVEN REHABTRÄNING</b>	
<b>Åtgärder för att förhindra upprepning</b>	
<b>Hus A</b>	Tid avsatt veckovis för avstämning
<b>Hus B</b>	Genomgång av signeringslistor och avvikelser på teamträffar
	Uppdragsbeskrivning riktad till rehabombuden
	Veckovis uppföljning av avvikelser i ledningsgruppen
	Fortsatt avstämning månadsvis angående aktuell delegerad personal
	Enhetschef aktivt arbeta att ta emot HSL- uppdrag i Procapita

<b>Hus C</b>	Uppdragsbeskrivning riktad till rehabombuden
<b>Hemtjänst</b>	Arbeta aktivt med avvikelser Avstämning delegerad personal Information APT
<b>LSS</b>	Utse rehabombud för ökad kommunikationen Schemaplanering och diskussion på verksamhetsmöten Pedagogiskt stöd av boendepedagog

### 9.1.17 Anmälan om allvarlig vårdskada

Vårdgivaren (MAS) ska enligt bestämmelserna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada som en lex Maria-anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Någon allvarlig händelse som medfört anmälan, har ej skett under 2015.

#### Anmälan enligt lex Maria över tid

2011	2012	2013	2014	2015
0	2	1	2	0

### 9.1.18 Medicinteknisk produkt (MTP) 4 stycken

Två allvarliga händelser är anmälda till läkemedelsverket, IVO, leverantör och tillverkaren. En händelse gäller remmar som lossat på hygienstol där patient for i golvet och den andra var ett drivreglage till en rullstol som inte gick att bromsa. Även föregående år var det två allvarliga händelser som anmäldes vidare. Rutin har ändrats för månadskontroll av hygienstol. Den andra händelsen är inte klar.

### 9.1.19 Olåsta medicinskåp 18 stycken

---

Inga nya lås köps enligt enhetscheferna som tillser att medicinskåpen blir låsta och att all personal tar ansvar. Föregående år var det 38 rapporterade händelser.

#### **9.1.20 Sårvård/katetervård** 3 stycken

Några tillfällen då såromläggning eller katetervård uteblivit, som orsak anges att det saknas delegerad personal. Föregående år var det 9 rapporterade händelser.

#### **9.1.21 Avvikelser i vårdsamverkan**

Antal avvikelser i vårdsamverkan mot andra vårdgivare har uppkommit till 18 stycken under 2015, samma antal 2014. Det som rapporteras upprepas från föregående år, främst brist i rapport till sjuksköterskan i kommunen och felaktiga läkemedelslistor, vilket leder till att patientsäkerheten äventyras då patienten kommer åter till kommunen samt att informationsöverföring från sjukhuset vid utskrivning uteblir eller är felaktig i det IT- baserade vårdplaneringssystemet KLARA/SVPL.

Två av dessa avvikelser har gått vidare till **Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** som en anmälan om fel i vården, för att tydliggöra brist i vårdens övergångar, som kan leda till stora patientsäkerhetsrisker.

Totalt har Bollebygds kommun mottagit två stycken avvikelser i vårdsamverkan från sjukhuset. En miss att skicka vårdbegäran<sup>26</sup> i KLARA/SVPL och en telefonvårdplanering som inte gick att genomföra pga miss med telefonnummer.

**Åtgärd:** Återkommande workshop i IT- systemet KLARA sker årligen för att arbeta med förbättring enligt PDSA- hjulet.

---

<sup>26</sup> Vårdbegäran är det meddelandet som kommunens sjuksköterska skickar i KLARA/SVPL- systemet till sjukhuset för kännedom om patientens tillstånd vid ankomst på akutmottagningen

---

## **10. Hantering av klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående/ patienter, via patientnämnden eller IVO och har betydelse för patientsäkerheten. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Inga klagomål har inkommit via patientnämnden under 2015.

### **10.1 Klagomål på vård och behandling**

Ett klagomål har inkommit från närstående som rör vård och behandling. Vid granskning framkom att det var undermålig dokumentation i patientjournalen och bristfälligt mottagande i kommunen, då patienten kom från annan kommun till korttidsplats. Patientens tillstånd bidrog även till inskrivning på sjukhuset. Det som är svårt att avgöra om det kunde ha förbyggts. Utredning och information är återkopplad till närstående. Samtal har skett med berörd personal och enhetschef om att kommunikation och dokumentation avseende hälso- och sjukvårds samt genomförandeplan enligt socialtjänstlagen är av största vikt, även då andra kommuner köper plats i Bollebygds kommun.

## **11. Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienterna och deras närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom information och genom samverkan kan förebyggande av vårdskador<sup>27</sup> ske. Mål att förebygga och minska vårdskador sker genom strategiskt arbete med avvikelser,

---

<sup>27</sup> En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med vården

---

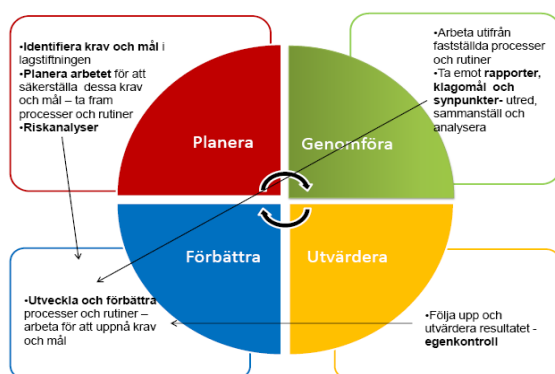
uppföljning och utvärdering, som ingår i det systematiska kvalitetsledningssystemet.

## 12. Sammanfattning

**12.1 Strukturmått** utgör förutsättningar för att nå definierade mål inom hälso- och sjukvården, genom att arbetet präglas av ett systematiskt förbättringsarbete. Det åstadkoms genom att händelseförlopp med bakomliggande orsaker och att rätt åtgärder tas fram för att minska risk för upprepning. Händelseanalyserna ska ha rätt fokus med effektiva åtgärder och åtgärderna ska minska risk för vårdskador. Arbetet med orsaks- och händelseanalyser ska leda till ett effektivt och systematiskt arbetssätt genom att lära sig av sina misstag. Vårdens resurser ska ge mervärde för patienterna genom att vården blir säker.

### Arbete med PDSA- hjulet

Öka arbetet med PDSA- hjulet *Planera Genomföra Utvärdera och Förbättra* för att arbeta med det systematiska förbättringsarbetet enligt kvalitets- och ledningssystemet.



## 13. Övergripande mål och strategier för kommande år

**13.1 Resultatmål** som bör finnas i verksamheternas enhetsplaner, om att:

- 
- utföra egenkontroller och utvärdera enligt PDSA- hjulet
  - delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter måste ske systematiskt
  - dokumenterad validerad smärtskattning med VAS/ Abbey Pain Scale
  - systematiskt arbete med kvalitetsregister och efterfråga resultat
  - arbeta med nationella riktlinjer för demenssjukdom/vårdprogram
  - e Hälsa/ digitala tjänster med mobil arbetsplats i god och säker IT- miljö
  - webbutbildning i allmän palliativ vård enligt nationellt vårdprogram
  - webbutbildning i psykisk ohälsa hos äldre
  - webbutbildning i basala hygienrutiner
  - webbutbildning i säker läkemedelshantering
  - implementering av arbetssätt och attityder av inkontinensproblematik i särskilt boende, samt utredning av inkontinens
  - mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende under en dag under hösten enligt nationell satsning från Folkhälsomyndigheten (HALT)
  - utbildning, implementering och utveckling av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för samtliga anställda
  - systematiskt arbete med årshjul som stöd
  - analysera resultat, följa upp arbetet med Öppna jämförelser
  - utföra enkät i patientsäkerhetskultur
  - införande, utbildning och förvaltning av nytt upphandlat system för KLARA/ SVPL

- 
- implementering av arbetssättet Trygg hemgång, som innebär att vårdplanering sker i hemmet i stället på sjukhus, för vissa som inte går via korttidsenhet utan direkt hem, med rehabilitering i hemmet
  - utbildning i teambaserad strokevård, i samverkan med regionen
  - medicinsk vårdplan i samarbete med vårdcentralen i syfte att säkerställa den planerade vården i hemmet, för att minska återinläggning på sjukhus
  - Kollegial dokumentationsgranskning av patientjournaler
  - nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan regionen och de 49 kommunerna innebär stora förändringar, inte minst vid vårdens övergång eftersom betalningsansvarslagen ändras, vilket ställer större krav på kommun och primärvård. Biståndshandläggning på jourtid är ett exempel på förändring som troligen måste ske.