



Patientsäkerhetsberättelse Hälso- och sjukvård Bollebygds kommun

2016

2017-02- 27

Ingela Sunneskär

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Mallen är framtagen av Sveriges kommuner och landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Resultat	9
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	23
Risikanalys	27
Informationssäkerhet	27
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	27
Klagomål och synpunkter	46
Samverkan med patienter och närstående	47
Sammanställning och analys	47
Övergripande mål och strategier för kommande år	47

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 §

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten under året har varit att hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal rapporterat risker, tillbud och negativa händelser samt identifierat vårdskador. Detta har följts upp med orsaks- och händelseanalyser och handlingsplaner av respektive chef för att finna rätt åtgärder i syfte att säkerställa kvaliteten i verksamheterna. Det som även bidragit till ökad patientsäkerhet är att självskattning och egenkontroller sker och hanteras, att punktprevalensmätningar utförs, samt att observationer och mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning sker. Även arbete med nationella kvalitetsregister har bedrivits på olika nivåer.

Två lex Maria- anmälningar till IVO har skett under året. Det totala antalet avvikelser har uppgått till 1167 stycken, vilket motsvarar 54 fler från föregående år. Fraktur efter fallolycka har ökat från 1 till 10 stycken. 90 procent av alla fallolyckor uppvisar ingen skada (82 procent 2015). Andel patienter som vaccinerats mot säsongsinfluensa har ökat – från 62 till 72 procent. Det är ökad andel som utför rehabiliterande träning själva eller med hjälp av omvårdnadspersonal. Det förskrivs fler inkontinensskydd i förhållande till antal bedömda med inkontinensproblem. 100 procent läkemedelsgenomgångar har genomförts i särskilt boende, mot 5 procent i ordinärt boende

och totalt motsvarar det 40 procent i hela hemsjukvården. Olämpliga läkemedel för demenssjuka har ökat trots att läkemedelsöversyn är genomförd till 100 procent för patientgruppen, däremot har polyfarmaci minskat från 11 till 6 procent, dvs behandling av flera psykofarmaka.

Det finns ingen kännedom om förekomst av multiresistenta bakterier, dock måste följsamhet till basala hygienrutiner öka. Enligt nationell vårdtyngdsmätning har Bollebygd fler urinkateterbärare än riket, kateter är en riskfaktor. Hygienalmanacka ska införas som metod att kommunicera risker. Trycksår förekommer i stort sett inte alls, men kontroll av sittdynor och madrasser införs from 2017 i syfte att eliminera uppkomst av tryckskada samt säkerställa förskrivning och hantering av medicintekniska produkter.

Inför kommande år måste "Trygg hemgångsteam" startas, dels för att klara den nya lagen om Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården, som ersätter nuvarande betalningsansvarslag och dels för ökad trygghet för patienter samt att fokus läggs på rätt vårdnivå. Hälso- och sjukvårdspersonalens och omvårdnadspersonalens informationsöverföring måste säkerställas med hjälp av digital teknik och verktyget är digital dokumentation och digitala signeringslistor. Kvaliteten i arbetet med Senior alert måste öka för att göra skillnad i vardagen. Andelen bemötandeplaner efter BPSD- registrering måste öka och multiprofessionella team måste erbjudas vid demenssjukdom. Webbutbildning i allmän palliativ vård ska genomföras för samtlig personal. Hantering av läkemedelsdosetter och utförd rehabiliterande träning måste optimeras. Information om SIP (samordnad individuell plan) för medborgare kommer att publiceras på kommunens hemsida eftersom det saknas enligt Öppna jämförelser.

Övergripande mål och strategier

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

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. Det systematiska kvalitetsledningssystemet enligt SOSFS 2011:9, 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. I det systematiska kvalitetsledningssystemet finns rutin för avvikelshantering, egenkontroller, riskbedömning samt att orsaks- och händelseanalyser och handlingsplaner.

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.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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.

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.

Övriga chefers ansvar

Enhetschef/ verksamhetschef 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 internt och externt.

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 internt och externt.

Omvårdnad- omsorgspersonalens 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 internt och externt.

Struktur för uppföljning/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, utföra egenkontroller, mätningar, självskattningar, vårdinventering, medverkan i nationella punktprevalensmätningar, 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 med orsaks- och händelseanalyser och PDSA- hjulet som förbättringsmetod

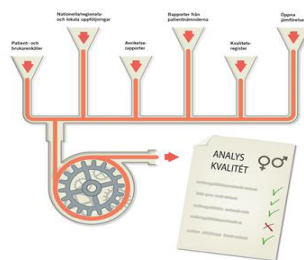
Bild 1.

Orsaksanalys med 5 varför

MTO Människa Teknik Organisation

PDSA- hjulet

Planera Genomföra



Utvärdera Förbättra



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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Föregående kalenderår har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom arbete med uppdatering av och följsamhet till rutiner dels genom uppföljning av egenkontroller, granskningar, avvikelserregistrering och kvalitetsregister samt arbete med orsaks- och händelse -analyser som ett led i det systematiska kvalitetsledningssystemet.

Utbildning för personal har skett inom följande områden:

- Utbildning för registrerare i kvalitetsregistret BPSD¹
- Workshop i vårdplaneringssystemet KLARA/ SVPL för legitimerad personal och uppföljning genom PDSA- hjulet
- LÄR UT²- utbildning, säker läkemedelshantering
- Workshop i ICF med uppföljning genom PDSA- hjulet
- Utbildning i KVÅ³ för legitimerad personal
- Webbutbildning i psykisk ohälsa
- Seminarium om äldres problem vid inkontinens via projektsamarbete med FoU- Sjuhärad välfärd, Högskolan Borås
- Seminarium om varför våra äldre och multisjuka skickas fram och tillbaka mellan äldreboende och sjukhus
- Webbutbildning allmän palliativ vård
- Förflyttningutbildning
- Hygienutbildning i ombudsrollen

¹ BPSD är ett nationellt register för personer med beteendemässiga psykiska symtom vid demens

² LÄR UT= Ett utbildningsprogram för sjuksköterskor om bättre läkemedelshantering för äldre, som sedan används som utbildningsmaterial vid delegering i läkemedelshantering
[Länk till utbildning i LÄR- UT](#)

³ KVÅ = Koder ur Klassifikation av vårdåtgärder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister

-
- Stokutbildning och skapande av team för god vård
 - Rutin och struktur för arbete med systematiskt kvalitetsledningssystem
 - Cytostatika- körkort, hantering av patienter med cytostatikabehandling.

Kommunens arbete för god och säker hälso- och sjukvård

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den är skriftlig, personlig och tidsbegränsad och får inte förekomma för att lösa personalbrist-situationer. Delegering av arbetsuppgift kan vara: viss läkemedelshantering, viss såromläggning, provtagning, spolning av urinkateter, rehabiliterande träningsprogram och viss hantering av hjälpmedel. LÄR UT genomförs som en metod vid delegering av läkemedel, det var totalt 112 stycken omvårdnadspersonal som erhöLL LÄR UT- utbildning under 2016.

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.

Fysioterapeut ansvarar för bedömning och träning av funktionsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Åtgärdena syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss specifik träning

delegeras till omvårdnadspersonal. Arbetsterapeut 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 av Rehabenheten.

Medicintekniska produkter

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

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 som genomgår utbildning och förser personer med intyg. Intyget kan även innebära lägre kostnader vid vissa tandläkarbesök. Avtal via Tandvårdenheten gör detta möjligt.

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.

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.

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.

Trygg hemgångsteam

Patienter upplever ofta en oro över sin egen förmåga att klara av sin vardag efter utskrivning från sjukhuset. De har ofta ett stort behov av återhämtning och rehabilitering och önskan att få komma till korttid innan hemgång. I Närvårdssamverkan har arbetsätt formats för att effektivisera

vårdövergången och trygga hemgången efter utskrivning från slutenvården, med hjälp och stöd av tvärprofessionellt team. I Bollebygd har rutin funnits sedan hösten 2015, men har ännu inte driftsatts på grund av brist på biståndshandläggare som gör utredning om hemtjänstinsatser vid hemgång.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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.

Processmått utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner eller andel utförda riskbedömningar.

Resultatmått speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner eller andel patienter med urinkateter.

Måluppfyllelse är resultat kopplat till egna mål och strategier.

Uppföljning genom egenkontroll

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

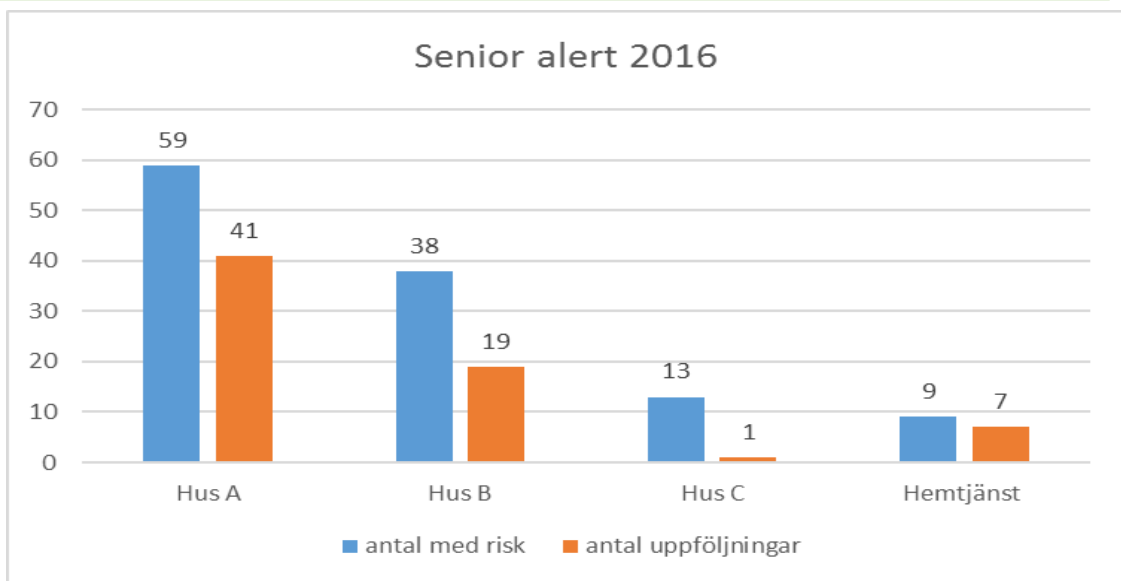
Nationella kvalitetsregister

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där riskbedömningar genomförs av fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Det är viktigt att följa hela processen dvs. att riskbedömning- och uppföljning av åtgärder sker, för att skapa skillnad för den enskilde. Arbetssättet ska prioriteras som ett ständigt pågående förbättringsarbete. När risk konstateras måste uppföljning av åtgärder ske systematisk på varje enhet som ett led i det systematiska kvalitetsledningssystemet. Kvalitetsregistret omfattar alla enheter inom äldreomsorgen. Arbetet sker fortlöpande av kontaktperson och legitimerad personal med enhetschefens medverkan på det tvärprofessionella teammötet som sker varje månad. Resultatet visar att de identifierade riskerna inte följs upp enligt plan på någon enhet. Föregående års förbättringsförslag om att följa **hela processen** dvs. riskbedömning- åtgärd- uppföljning, för att skapa skillnad för den enskilde har inte genomförts i den utsträckning som behövs för att uppnå ett gott resultat.

Under kommande år 2017 ska riskbedömning för blåsdysfunktion genomföras i syfte att kartlägga inkontinensproblematik med mål om att utföra basal utredning för att rätt behandling och eventuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska ske, eftersom patienter ibland erhåller inkontinenshjälpmedel på ett felaktigt sätt.

Diagram 1. Bollebygds kommun 2016



Förbättringsförslag 2017

- Säkerställa att rätt person med rätt kompetens utför riskbedömning.
- Arbeta i tvärprofessionellt team med riskbedömning och uppföljning.
- Starta riskbedömning av blåsdysfunktion, som ett led i arbetet med basal utredning av inkontinens.

Punktprevalensmätning förekomst av trycksår 2016

En punktprevalensmätning⁴ av trycksår samt granskning 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. Det var 10 patienter på Hus A, 3 patienter på Hus B och 3 patienter på Hus C som bedömdes. Resultat av genomförd mätning av de 16 patienterna uppmärksammades 4 stycken trycksår på två av patienterna.

⁴ Punktprevalensmätning= PPM- mätning. Den andel av en viss befolkning som är sjuk av en viss sjukdom vid en viss tidpunkt

Trycksåren bedömdes som kategori 1 vilket 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. Det påvisar att prevention dvs. förebyggande arbete och det dagliga vårdarbetet är av god kvalitet som omvårdnadspersonal utför. I Västra Götaland rapporterades 503 trycksår av totalt 2795 utförda riskbedömningar.

Dessutom har ny rutin införts from årsskiftet att rehabombud ska kontrollera sittdynor en gång per vecka som förebyggande åtgärd för att eliminera förekomst av tryckskada. Även kontroll av madrasser med luft ska kontrolleras regelbundet.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret⁵ 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 senare åren har det varit nationellt fokus på fyra indikatorer; *brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsläkemedel mot ångest* i syfte att uppnå högre resultat i registret. Inrapportering av avlidna i Bollebygd till registret var 78,43 procent 2016, jämfört med 74,7 procent föregående år.

Utbildning i skattningsskalan Abbey Pain Scale⁶ och VAS⁷ har skett. Webbutbildning i allmän palliativ vård i samverkan med Västra

⁵ www.palliativ.se

⁶ 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](#)

⁷ VAS- visuell analog skala för självskattning av smärtupplevelse. [Länk till VAS-skalan](#)

Götalandsregionen, samordningsförbundet Västkom och Boråsregionens kommunalförbund har påbörjats under året. Det är 17 personer som genomgått webb- utbildningen under 2016 och det borde varit fler. Utbildningen fortsätter under 2017.

I förvaltningens verksamhetsplan finns nyckeltal att mäta utförda och dokumenterade smärtskattningar med validerat instrument sista levnadsveckan. 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.

Nyckeltal var att uppnå 90 procent, vilket inte uppnåtts. Nationellt resultat är 42,1 procent, i Västra Götalandsregionen 33,1 procent och i Bollebygds kommun uppkom resultatet till 76,9 procent.

Diagram 2. Resultat Bollebygds kommun 2016

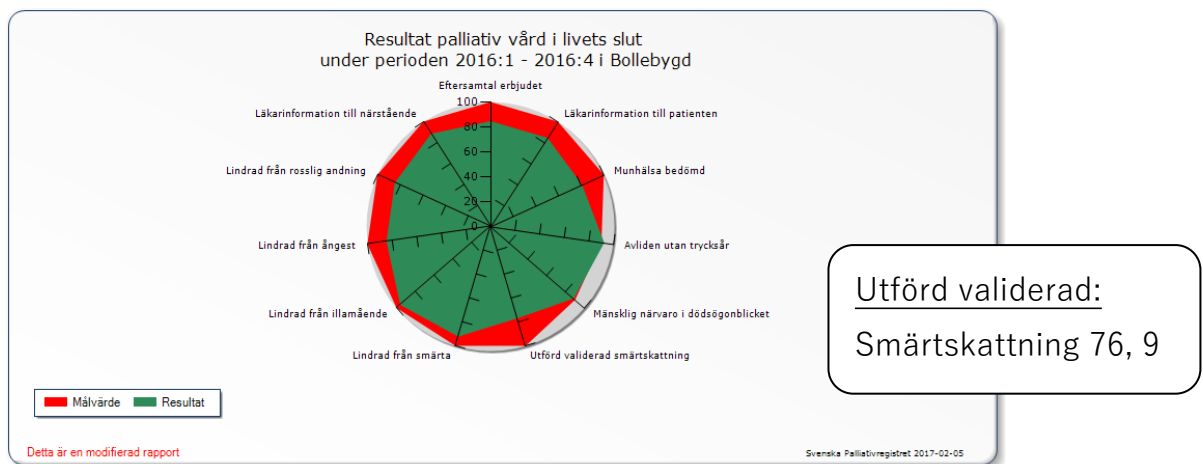
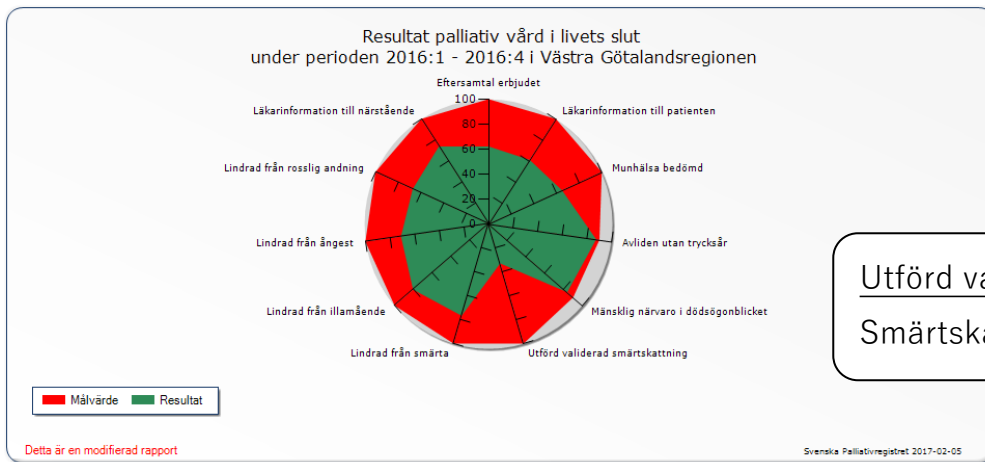


Diagram 3. Resultat alla kommuner i VG 2016



Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer beskriver innehåll och kvalitet av vård i livets slutskede där utförd validerad smärtskattning uppgår.

Diagram 4. Kvalitetsindikatorer Bollebygds kommun 2016

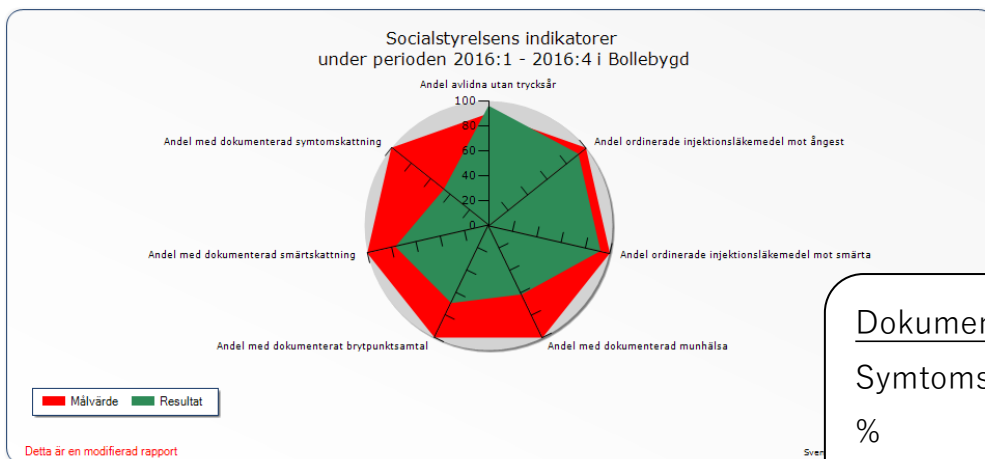
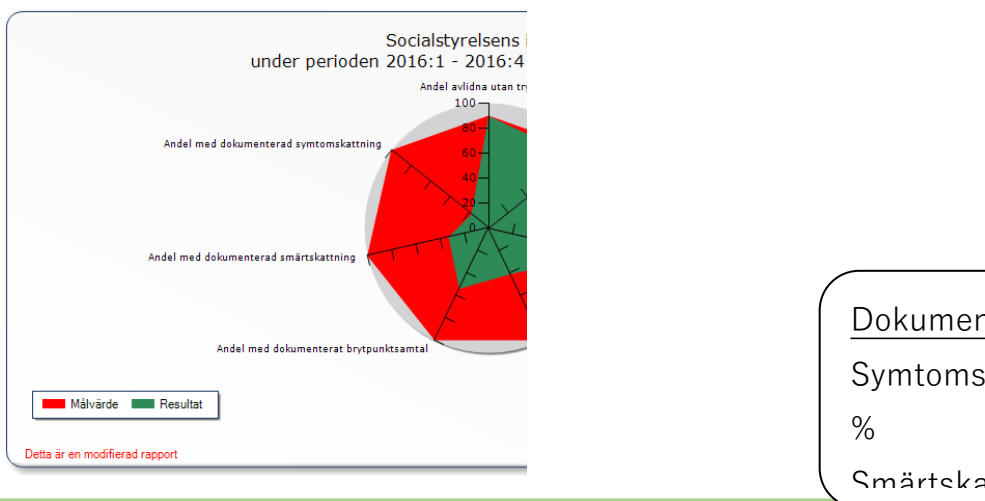


Diagram 5. Kvalitetsindikatorer alla kommuner i VG 2016



Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede⁸ reviderades i december 2016. Implementering sker 2017.

Förbättringsförslag 2017

- Bollebygd har ett mycket bra resultat jämfört med kommunerna i Västra Götaland av utförd vård, dock måste journaldokumentationen bli bättre.
- Samtlig personal ska genomföra webbutbildning i allmän palliativ vård.

BPSD *Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom*

BPSD är ett kvalitetsregister för demenssjuka personer 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 omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall även läkemedel.

För att bedöma BPSD- relaterade problem används en skattningsskala NPI⁹. 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. Bemötandeplanen ska sedan in i personens genomförandeplan.

⁸ [Länk till: Cancercentrum Palliativ-vard](#)

⁹ NPI- Neuro Psychiatric Inventory är ett mått på vårdtyngd

Resultatet i kvalitetsregistret visar att demensvården i förvaltningen har låga NPI- poäng, trots att bemötandeplan inte alltid finns. Olämpliga läkemedel har ökat trots att läkemedelsöversyn genomförts till 100 procent.

Diagram 6. NPI- poäng i BPSD

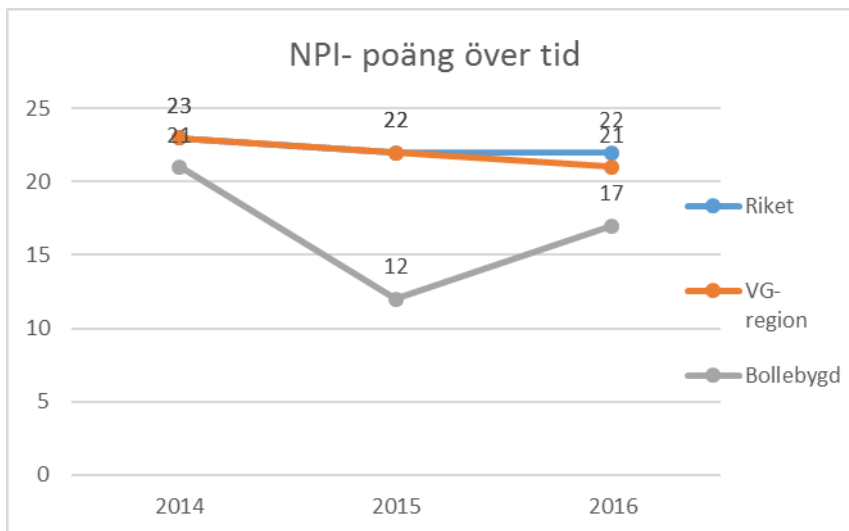


Diagram 7. Bemötandeplan i BPSD

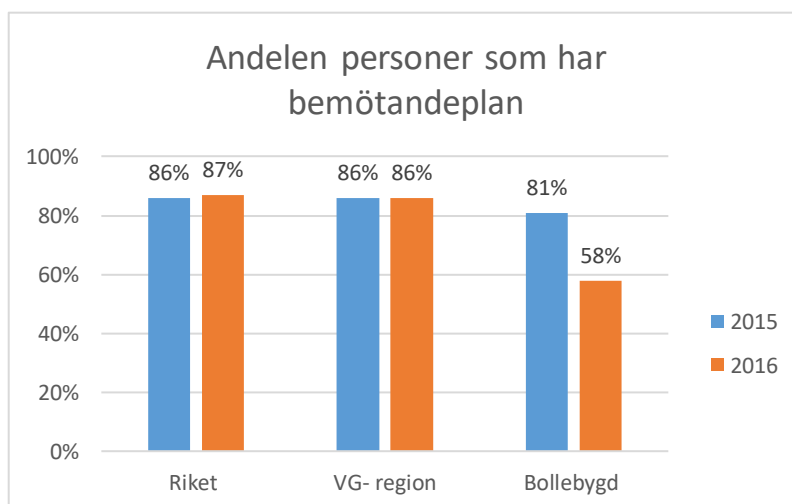


Diagram 8. Olämpliga läkemedel i BPSD

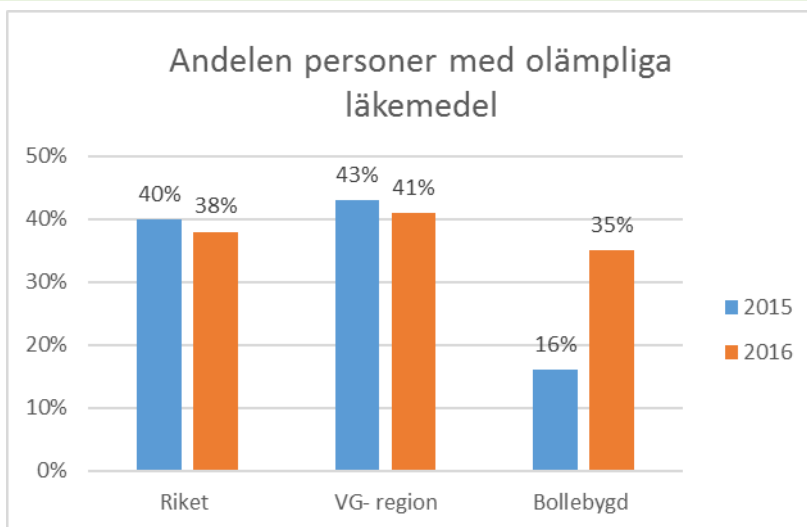
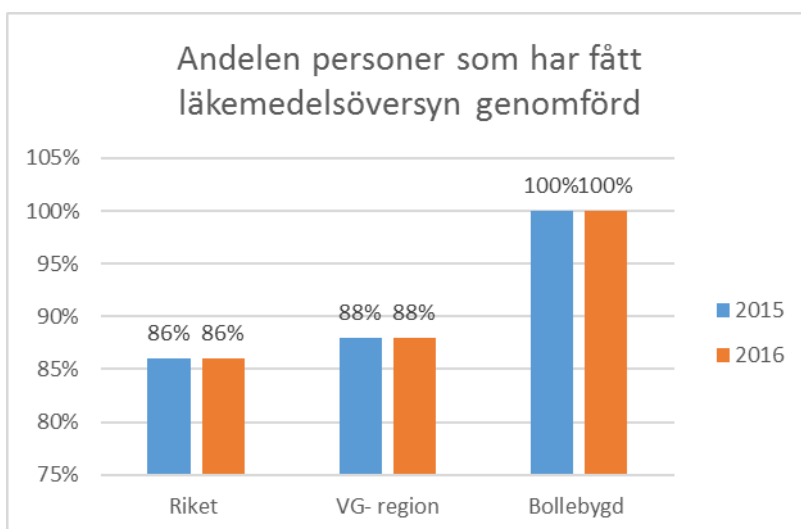


Diagram 9. Genomförd läkemedelsöversyn i BPSD



Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom¹⁰

uppdaterades under hösten 2016 och håller på att implementeras i verksamheten, även en lokal handlingsplan är framtagen som ett verktyg för verksamheterna. En GAP- analys genomfördes i hela Västra Götaland i samband med att de nationella riktlinjerna uppdaterades. Resultatet från Bollebygds kommun av GAP- analysen visar att utbildning saknas för både SoL- och LSS- handläggare om demenssjukdom, vilket påverkar val av beslut för den demenssjuke personen oavsett ålder och funktionsnedsättning.

Förbättringsförslag 2017

¹⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-7>

-
- Implementering av de nya nationella riktlinjerna och den lokala handlingsplanen.
 - Öka andelen bemötandeplaner.
 - Utbildning i demenssjukdom för biståndshandläggare.

Öppna jämförelser

SKL har publicerat Öppna jämförelser sedan 2006 och rapporterna har tagits emot med stort intresse av både SKL:s medlemmar och media. Områden som jämförs är bland annat hälso- och sjukvård, socialtjänst, äldreomsorg, grund- och gymnasieskola samt trygghet och säkerhet. Bakgrund och syfte är att öka tillgång till jämförbar information om kvalitet, resultat och kostnader. Mål är att stimulera jämförelser och bidra till en större öppenhet när det gäller resultat och kostnader för den verksamhet som kommuner och landsting bedriver. Avsikt är att jämförelserna ska återkomma varje år och att successiv utveckling sker.

I resultatet 2016 framkommer att multiprofessionella team ska erbjudas vid demenssjukdom och nationellt sker det i 53 procent, Bollebygds har inte alls arbetat med frågan, vilket måste påbörjas. Strokeinriktade team i ordinärt boende finns nationellt i 36 procent och i Bollebygd inte alls. Däremot syftar strokevårdsutbildningen i Närvårdssamverkan till att bilda team och göra rehabiliteringsprocessen bättre, även över vårdgivargränserna, dock erbjuder Bollebygd rehabteam i ordinärt boende, enligt Öppna jämförelser. En annan fråga är om rutin finns angående information om SIP¹¹ andelen nationellt är 54 procent, i Bollebygd saknas rutin i frågan. Det blir således en utvecklingsfråga under 2017.

Hygien

Sjuksköterskorna har tidigare utfört infektionsregistrering över pågående infektioner varje månad. Antibiotikaresistens utvecklas

¹¹ SIP = Samordnad individuell plan

och innebär att bakterier utvecklar motståndskraft mot antibiotika som leder till att bakterieinfektioner inte går att bota i framtiden. Under 2016 beslutades gemensamt i hemsjukvårdsgruppen och enhetschefer att infektionsregistreringen skulle ersättas med Svenska HALT.

Svenska HALT

Svenska HALT¹² är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner förvärvade inom särskilt boende och antibiotikaförbrukning i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området och optimera antibiotikaanvändning. Mål är att ha ett nationellt mätverktyg samt inventera förekomst av vårdrelaterade infektioner som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Mätningen baseras på den europeiska smittskyddsmyndighetens protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa, kallat HALT. Folkhälsomyndigheten har översatt och anpassat protokollet till svenska förhållanden. Den första nationella mätningen genomfördes 2014.

Bollebygd deltog i mätningen för första gången 2016. Totalt antal inkluderade patienter var 72 stycken, varav 8 på korttiden (31 män och 41 kvinnor) och 40 stycken över 85 år. Bekräftade infektioner på särskilt boende var 2 stycken och 4 stycken var antibiotikabehandlade under mätperioden. Mätningen genomförs i Senior alert och innefattar även vårdtyngdsmätning, för den aktuella mätperioden. Förvaltningens resultat visar att samtliga patienter på särskilt boende, korttidsboende och gruppboende LSS är inkluderade, som nådde upp till kriterier för mätningen. Riskfaktorer såsom förekomst av urinkatetrar och sårinfektioner är högre i Bollebygd jämfört med riket. Enligt diagrammen är antibiotikaförskrivning vid urinvägsinfektioner och

¹² HALT = Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities

luftvägsinfektioner också högre, dock ska tilläggas att det var fyra patienter som hade antibiotika under mätningen och 50 procent bör således innefatta två patienter. Därav kan diagrammen uppfattas fel. Vårdtyngdsindikatorerna är något bättre i Bollebygd jämförda med riket, förutom urinkatetrar som alltid är en riskfaktor.

Diagram 10. HALT- mätning Bollebygd

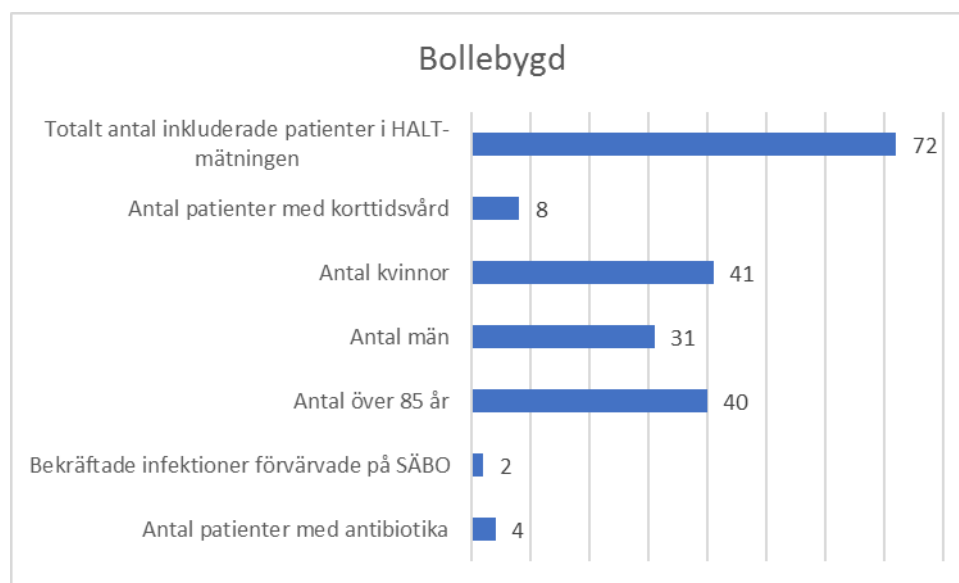


Diagram 11. HALT- mätning Riket

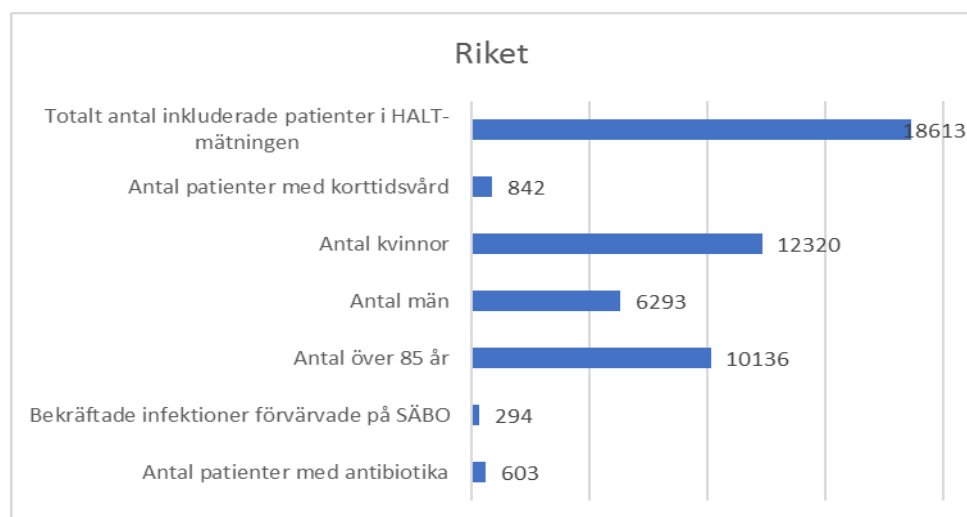


Diagram 12. Riskfaktorer HALT- mätning

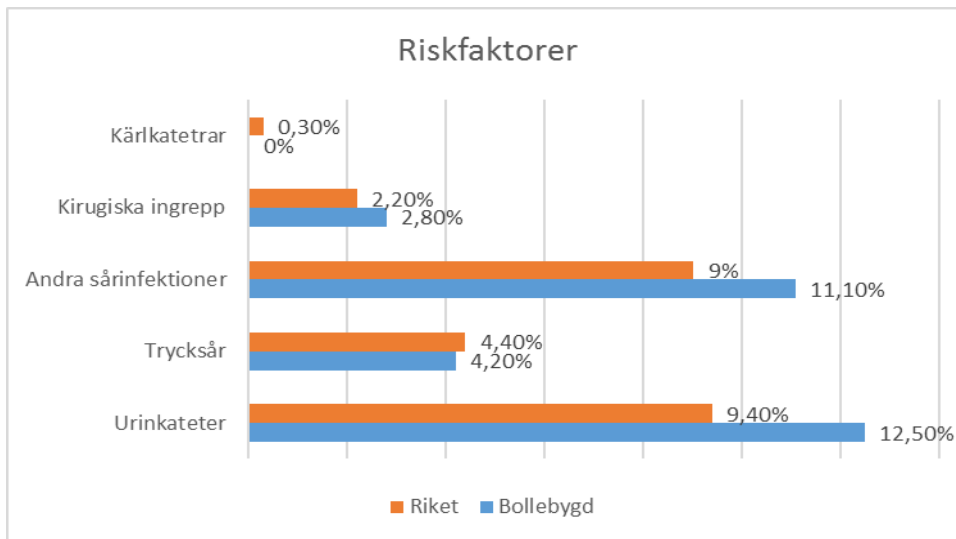
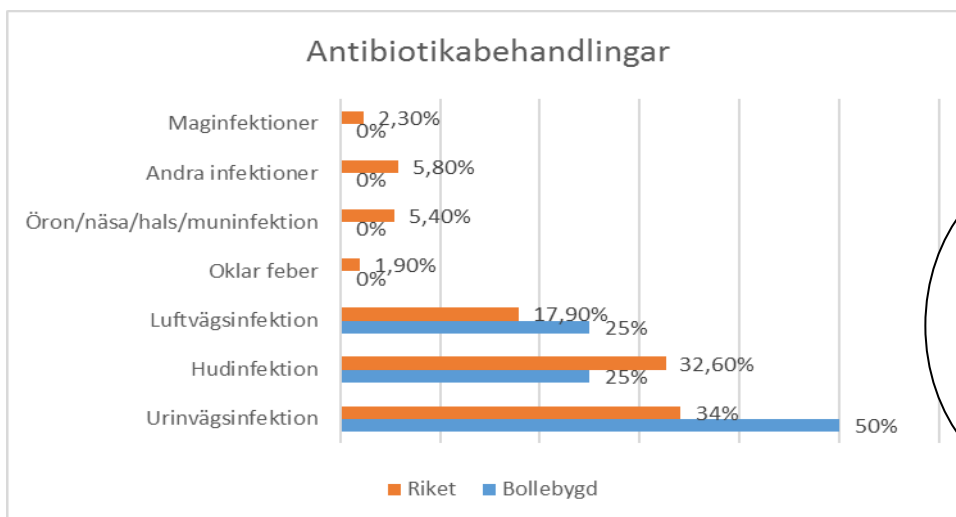
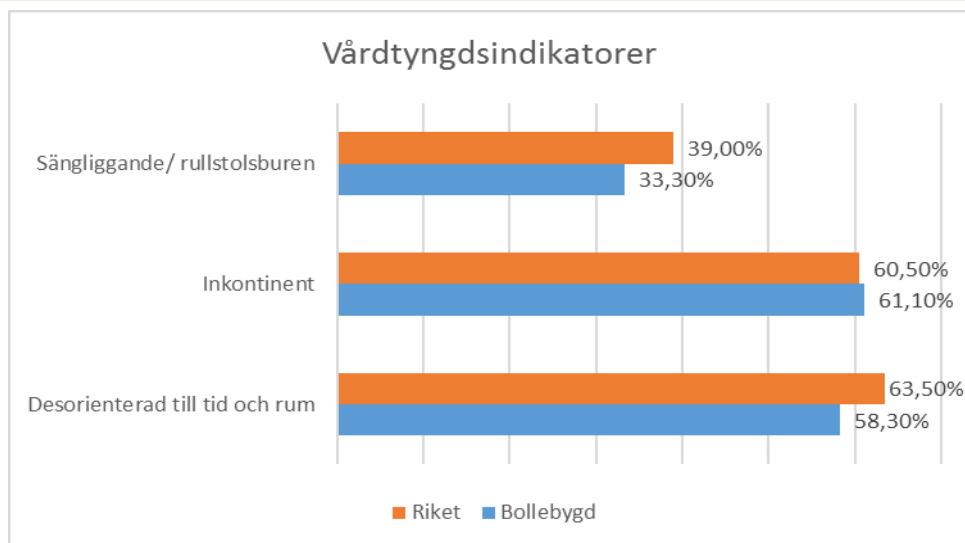


Diagram 13. Antibiotikabehandlingar HALT- mätning



Antibiotika-
användning
50 %
motsvarar
2 stycken

Diagram 14. Vårdtyngdsindikatorer HALT- mätning



Förbättringsförslag 2017

- Arbete fortsätter tillsammans med vårdhygien under våren 2017 med granskning av journaler för att se varför kateterbärarna är så pass många med frågeställning om varför ordinationen skett överhuvudtaget eller om katetern "bara har fått sitta kvar" efter sjukhusvistelse, utan överrapportering eller att uppföljning skett.

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Årligen sker en punktprevalensmätning¹³ 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.

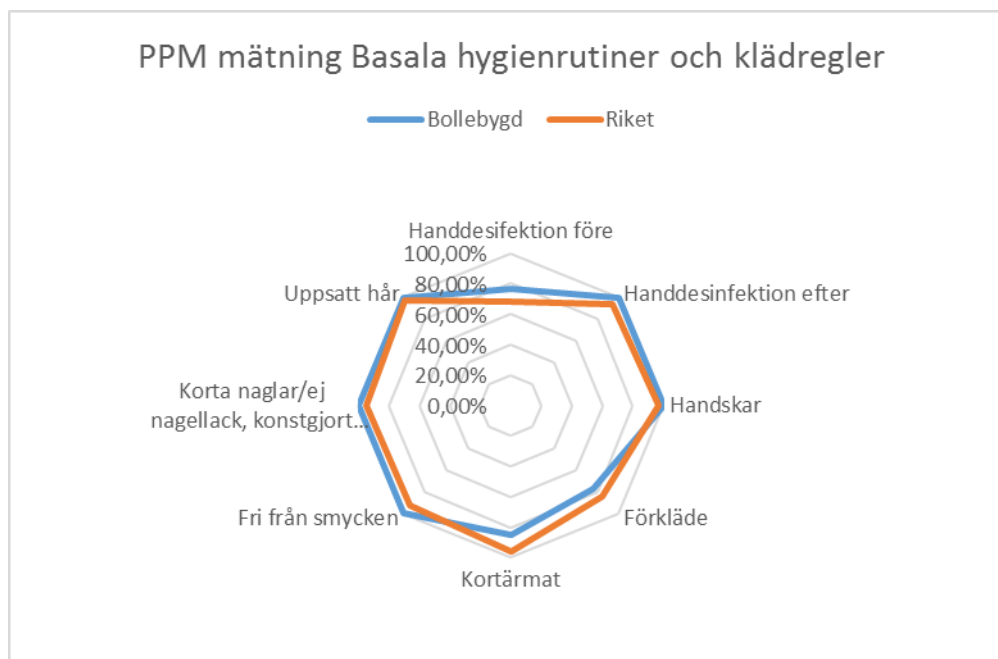
Det som observeras är följande: *handdesinfektion före och efter vårdnära arbete, användning av handskar, plastförkläde, korrekt arbetsdräkt, uppsatt hår och fri från smycken, korta naglar fria från*

¹³ Punktprevalensmätning = PPM- mätning av basala hygienrutiner. Den andel av personalen som utför arbetsmoment enligt basala hygienrutiner vid en viss tidpunkt

nagellack och konstgjort material, uppsatt hår. Meningen är att samtliga steg ska vara korrekta.

I Bollebygd utfördes 21 observationer 2016 jämfört med 20 stycken föregående år (65 stycken år 2013). Det är nedåtgående trend att utföra observationerna. Bollebygds resultat följer rikssnittet men användning av förkläde och kortärmad arbetsdräkt är något sämre. Socialstyrelsens författning (*SOSFS 2015:10*) om skärpt hygienkrav i vård och omsorg har gjort att tvätt av arbetskläder sköts i kommunal regi, utan anmärkning. Det finns alltid tillgång till ren arbetsdräkt, för samtlig personal.

Diagram 15. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler PPM-mätning 2016



Förbättringsförslag 2017

- Öka resultatet för kortärmad arbetsdräkt, användning av förkläde och handdesinfektion före vårdkontakt.

- Att alla hygienombud utför observationerna för spegling från alla enheter.

- Införa en sk. hygienalmanacka (*en almanacka med budskap om hygienrutiner*).

Självskattning av följsamhet till kommunens basala hygienrutiner

Två gånger per år ska all personal utföra självskattning efter 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 självskattning utförs.

Resultat:

Hus A våning 1 och 2, LSS- gruppbostad och Natten: Ej genomförd egenkontroll.

Hus B våning 1: Förbättra resultat för naglar.

Hus B våning 2: Förbättra resultat för handdesinfektion före och efter, handskar och naglar.

Hemtjänst: Komma ihåg att ta med/ fylla på handskar, rätt storlek samt att förkläden används och finns till hands i hemmen.

Personlig assistans: Inte arbeta med ringar eller armband, ha kortärmat, alltid utföra handdesinfektion (med handsprit) oavsett om handskar använts, använda förkläde vid duschning och toalettbesök.

Rehab: Ta av armbandsklocka.

Sjuksköterskor: Utföra handdesinfektion före, handskar vid undersökning och venös blodprovstagning samt ta av ringar.

Förbättringsförslag 2017

- Det måste bli en levande fråga i verksamheterna.

-
- Information om att öka följsamhet till basala hygienrutiner, mål 100 procent.
 - Avtal om att följa basala hygienrutiner och att efterleva det.
 - Utbildning till enheter med resultat som sticker ut.
 - Webbutbildning i basala hygienrutiner.
 - 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.

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. Det gäller framförallt antal med mer än tio läkemedel och polyfarmaci¹⁴ dvs samtidig behandling med mer än tre psykofarmaka¹⁵.

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. Inom särskilt boende är läkemedelsgenomgång genomförd till 100 procent och i ordinärt boende endast 5 procent (9 stycken).

Antal läkemedel kan fungera som en riskmarkör i samband med förebyggande insatser såsom läkemedelsgenomgångar. Antal

¹⁴ Polyfarmaci är samtidigt behandling med tre eller fler psykofarmaka

¹⁵ Psykofarmaka är läkemedel mot psykos, depression, ångest, oro och sömnrubbningar

läkemedel i sig behöver dock inte vara ett problem så länge varje läkemedel behövs och inte ger några negativa följd effekter.

Indikatorn *tre eller fler psykofarmaka* 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.

Resultat vårdinventering

Sjuksköterskor	2015	2016
Antal läkemedelsansvar, helt/ delvis 112/27	108/29	
Antal dosexpedierade (Apodos)	76	86
Antal läkemedelsdosetter	57	54
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar	90	69
Polyfarmaci	19	10
Antal med urinkateter	16	13
Antal med urininkontinens/ inkontinensskydd 88/93	101/89	

Arbetsterapeuter	2015	2016
Individuell förskriften rullstol	74	73
Hjälpmiddel för kognitiv funktion	3	3
Patienter som ingått i Trygg hemgångsteam	0	0
Som borde ingått i Trygg hemgångsteam	0	5

Fysioterapeuter	2015	2016
------------------------	-------------	-------------

TENS- behandlingar	1	7
Träning som utförs av omvårdnadspersonal	16	21
Träning som utförs av patienten själv	7	22
Patienter som ingått i Trygg hemgångsteam	0	0
Som borde ingått i Trygg hemgångsteam	0	5

Förbättringsförslag 2017

- Påverka vårdcentralen att öka antal dosexpierade¹⁶ läkemedel och därmed minska antalet dosetter, som är en riskfaktor vid delningstillfället samt vid transport ut till ordinärt boende.
- Öka antal läkemedelsgenomgångar för dem i ordinärt boende i syfte att säkerställa läkemedelsbehandling.
- Fungerade Trygg hemgångsteam, eftersom behovet efterfrågas och behövs.

Utförda bedömningar i Procapita

Tabell 1.

2014

2015 2016

ADL- bedömningar ¹⁷ (förmåga av vardagliga aktiviteter i livet)	4	2	2
Fallriskbedömning	87	27	41
Minnestest (bedömning vid demensutredning)	14	10	15
Bedömning av undernäring	75	22	23

¹⁶ Dospåse/ Apodos är färdigdosaad påse med läkemedel, delad och packad från apotek

¹⁷ ADL är en förkortning av Aktiviteter i det Dagliga Livet och en ADL-bedömning beskriver och ger ett mått på en persons förmåga att klara av de grundläggande och vardagliga aktiviteterna i livet. Vid en ADL-bedömning är det både basfunktioner, sociala roller och krav på aktivitetsutförande som bedöms. Med basfunktioner menas t ex perception, kognition, rörlighet och muskelstyrka.

Trycksårsbedömning	77	21	31
Symtomskattning enl. LÄR UT (läkemedelsbiverkningar)	10 9		
		73	79

Förbättringsförslag 2017

- Dokumentera bedömningar som görs i Procapita och Senior alert även om det leder till dubbeldokumentation (trycksår, fall, undernäring och munhälsa).

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.

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.

	2015	2016
Antal utförda vaccinationer	122	108
Andel vaccinerade	62 %	72 %

Av samtliga anställda i kommunen var det totalt 28 personer som vaccinerades 2016, (samma antal 2015). Siffran borde vara högre.

Förbättringsförslag 2017

- Genom preventivt arbete öka andelen personalvaccinationer.

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.

Under 2017 genomförs ytterligare kontroll för sittdynor och madrasser, i syfte att eliminera risk för tryckskador och säkerställa förskrivningsprocessen.

Munhälsobedömning

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 genomförs kostnadsfritt. En del patienter tackar nej till erbjudandet. Det var 20 stycken omvårdnadspersonal som erhöll utbildning 2016 (41 stycken 2015). Det har varit väldigt många byten av biståndshandläggare inom äldreomsorgen under de senaste åren och de utfärdar intyg i ordinärt boende för dem som inte är berättigade tandvårdsintyg. Nyanställd LSS- handläggare har inte försetts med SITHS- kort i tid och därmed har utbildning i tandvårdsintyg inte genomförts. Nedan kan ses alla som erhållit munhälsobedömning under det gångna året.

Tabell 3. Utfall antal genomförda munhälsobedömningar 2016

Hus A	Hus B	Ordinärt boende	LSS-boende	Personlig assistans
22	20	7	4	2

Förbättringsförslag 2017

- Att SITHS- kort beställs av anställande chef i tid vid anställningens början, så att utbildning i tandvårdsbeställning kan ske i samband med introduktion.

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 hälsoplaner finns dokumenterat samt att se flöde och spårbarhet i en händelse och i vilken utsträckning som bedömningar och ordinationer följs upp. Även om aktuellt HSL- uppdrag finns till hemtjänsten och om flöde och uppföljning av förskrivning av hjälpmedel är dokumenterat. 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 ICF¹⁸- systemet i journalen. Workshop sker en gång per år för att kvalitetssäkra och utveckla dokumentationen. Sedan lång tid har uppmärksammats att informationsflödet mellan hemtjänstpersonal och hemsjukvård inte är optimal. Planering fanns att hemtjänst och korttid skulle starta dokumentation med vissa sökord i hälso- och sjukvårdsjournalen i januari 2017, för att säkerställa informationsflödet mellan omvårdnadspersonalen och den legitimerade personalen. Tyvärr har allt lagts på is till hösten 2018 pga. bristande resurser i hemtjänsten.

Förbättringsförslag 2017

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

¹⁸ ICF= Internationell klassifikation av funktionstillstånd, dokumentation enligt internationell standard

-
- Genomföra kollegial dokumentationsgranskning med all legitimerad personal i syfte att utveckla kompetens och följa utveckling.
 - Plan att införa HSL- dokumentation i Procapita för omvårdnadspersonal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur förvaltningens verksamheter samverkar internt och med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Vårdskador förebyggs genom att:

- det ska framgå av processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas
- processerna och rutinerna även säkerställs och möjliggörs.

Utreda händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada:

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

FoU Sjuhärad Valfärd

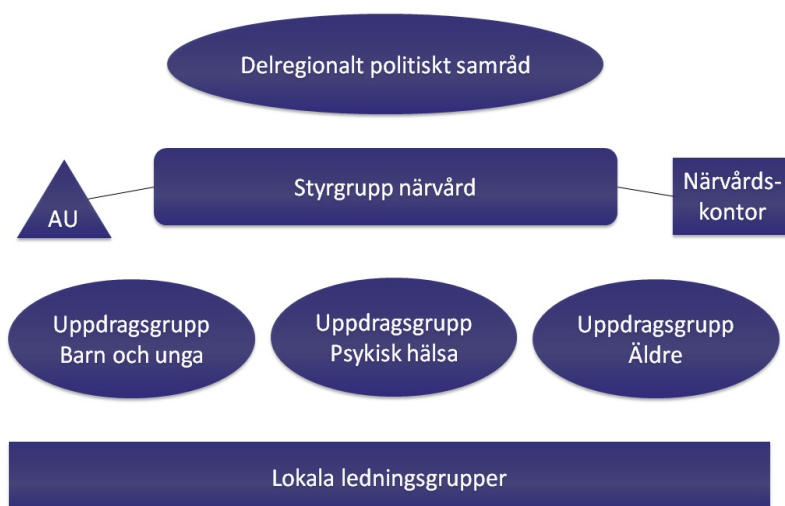
Nytt avtal from hösten 2016 finns för medlemskommunerna, FoU Sjuhärad Valfärd och Högskolan i Borås. Avtalet omfattar enbart

intressen för att identifiera och prioritera vilka utmaningar inom välfärd och utvecklingsinsatser som kan leda till utvecklingsarbete, implementeras och beforskas och därmed bidra till bättre praktik. Några aktuella teman för FoU-insatser har hittills valts: Välfärdsteknologi, social dokumentation, integration, hållbar organisation, attityder kring bemötande, delaktighet och äldreomsorgsboomen samt inkontinensprojektet.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region genom att möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner. 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 i utsatt situation. En ledningsgrupp och arbetsgrupper finns i alla kommuner med representanter från alla vårdgivare.

Bild 2. Organisation Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland¹⁹

Överenskommelsen med SKL²⁰ och strategi för 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. En handlingsplan är reviderad om Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland 2016- 2018. Handlingsplanen innehåller fem områden som är prioriterade och målsatta, det innebär att de mest sjuka äldre får:

1. **Trygg och säker vårdövergång**, säker och standardiserad in- och utskrivning mellan olika vårdgivare.
1. **God och säker läkemedelsbehandling**, rätt läkemedelsbehandling.
2. **Mobil närvård**, tillgång till hembesök via mobil närvård.
3. **SIP- Samordnad individuell plan**, de som har behov av samordnade insatser har en SIP.
4. **Kunskapsbaserad vård**, en kvalitetssäkrad och patientsäker vård.

¹⁹ <http://www.vgregion.se/detgodalivet>

²⁰ Sveriges kommuner och landsting. www.SKL.se

Pågående projekt²¹ som finansieras med regionala medel inom
Närvårds-samverkan:

- **Närsjukvårdsteam** och syftet med "Närsjukvård Sjuhärad" är att åstadkomma en samordnad, tillgänglig och trygg vård för den multisjuka och sköra äldre och dess närstående. Vården ska i samverkan mellan kommun, sjukhus och primärvård, erbjuda en mobilt specialiserad och sömlös vård utifrån ett symtomorienterat helhetsperspektiv.
- **Mobila vårdcentralsläkare** är ett pilotprojekt genomförs på fyra vårdcentraler under 2016 i syfte att stödja arbetet med utveckling av planerad verksamhet och förenklade kontakter mellan vårdcentralsläkare och kommuner som leder till ett ökat antal hembesök. Utsedda vårdcentraler är Tranemo och Heimdal från Närhälsan, Hälsobrunnen i Ulricehamn och Allekliniken i Borås från de privata. Patienter som är aktuella för hembesök av "mobila" vårdcentralsläkare är multisjuka, inskrivna i den kommunala hemsjukvården och bor i eget boende. De skall finnas ett sammansatt vårdbehov och en nedsatt självständighet i att söka vård. Det utvecklade samverkan mellan vårdgivarna skall bidra till ökad trygghet och tillgänglighet för den enskilda individen och närstående, förbättrad kontinuitet för den kommunala hemsjukvården och primärvården.
- **Strokevårdsutbildning** för personal i kommun och primärvård, i syfte att skapa samverkansteam över vårdgivargränserna för patientgruppen, få ökad kunskap om sjukdom, vårdandet och dess konsekvenser.

²¹ [Länk till Narvardssamverkan-Sodra-Alvsborg Projekt](#)

-
- **Projektet Samsjuklighet** med mål är att kommuner, psykiatri och primärvård i samverkan ska arbeta för att målgruppen, personer med psykisk störning/sjukdom och ett samtidigt missbruk. Organisationerna ska arbeta utifrån ett gemensamt synsätt med integrerade och samordnade verksamheter. Genom identifiering av målgruppens behov, kartläggning av behov av insatser, gemensam dokumentation, kompetensutveckling, handledning och nätverksträffar förväntas livskvaliteten, för såväl enskilda individer i målgruppen som för målgruppen som helhet, kunna ökas.

- **SAMSA IT-tjänst för samordnad vård- och omsorgsplanering**

Informationsöverföring vid samordnad vård- och omsorgsplanering har sedan 2009 hanterats via det regiongemensamma IT-stödet KLARA SVPL. 2012 påbörjades ett regionalt upphandlingsarbete enligt lagen om offentlig upphandling eftersom kontraktet för IT-stödet skulle upphöra 2014. Arbetet avslutades i december 2015 och tilldelningen gick till Cerner Sverige AB. Efter beslut om tilldelning påbörjade införandeprojektet av den nya IT-tjänsten som skulle ersätta KLARA SVPL. Breddinförandet genomfördes 6 december 2016.

- **Tidiga insatser för ökad skolnärvaro**

Det bedrivs genom samverkan mellan skolan och socialtjänsten (SOC) i Borås Stad samt barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Syftet är att prova nya och strukturera upp befintliga metoder för frånvarohantering för att genom tidiga insatser och samverkan över myndighets- och organisationsgränser verka för att öka barns närvaro i skolan. Det långsiktiga målet är att

öka andelen elever som går ur grundskolan med behörighet till gymnasieskolans program. Projektet startade i augusti 2015 och planeras avsluta i januari 2018.

Övriga samarbets- och utvecklingsområden/samarbetspartner:

- Avtal som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna
- Överenskommelse om läkarmedverkan med Närhälsan, Bollebygd
- Samverkan med Boråsregionens kommunalförbund och VästKom om införande av eHälsa inom förvaltningen s.k. e-tjänster t.ex. mobil hemsjukvård
- Avtal med Inera om säker inloggning i datasystem med SITHS²²- kortsinloggning, genom anslutning till nationell HSA²³- katalog
- Avtal om hjälpmedelsförskrivning med Västra Götalandsregionen
- Avtal med Hjälpmedelscentralen om service av hjälpmedel av kommunens grundutrustning
- Direktleveransavtal med Apoteket AB

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Arbete med riskanalyser

Inför förändringar i verksamheten genomförs en riskanalys eller då det föreligger en risk vid nya arbetssätt. Det innebär att en riskinventering sker och bedömning av sannolikhet och

²² SITHS= säker identifiering för inloggning i datasystem med personlig e-legitimation som visar vem man är (datainspektionens krav på autentisering)

²³ HSA- katalog är hälso- och sjukvårdens adressregister som sköts via Inera.

www.inera.se

allvarlighetsgrad av dess konsekvenser. Därefter sker en riskhantering av befintliga och föreslagna åtgärder.

Arbete med PDSA- hjulet

Arbetet med PDSA- hjulet *Planera Genomföra Utvärdera och Förbättra* är ett begripligt systematiskt arbetssätt för att få syn på vad och hur saker ska göras och flöjas upp.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Datainspektionen ställer alltmer högre krav på informationssäkerhet. Några riskanalyser har inte skett av det ökade kravet i förvaltningen. Diskussion förs om att förbättra informationssäkerheten, samt beslut om åtgärder. Huvudansvar åvilar kommunens IT- enhet gällande skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem. Vi kommer bl.a. att ta hjälp av Boråsregionen under 2017 för att säkerställa det som behövs. Säker utskrift av sekretessuppgifter ska genomföras under våren 2017. Loggkontroll av hälso- och sjukvårdspersonal sker varje månad och årlig granskning sker av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring. Inera kräver nytt avtal om HSA- policytillämpning för producent via HSA- katalog²⁴ och utbildning, inför EU:s dataskyddsförordning som ska börja tillämpas 2018.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings- skyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

²⁴ HSA- katalog= Hälso- och sjukvårdens adressregister

Avvikelser

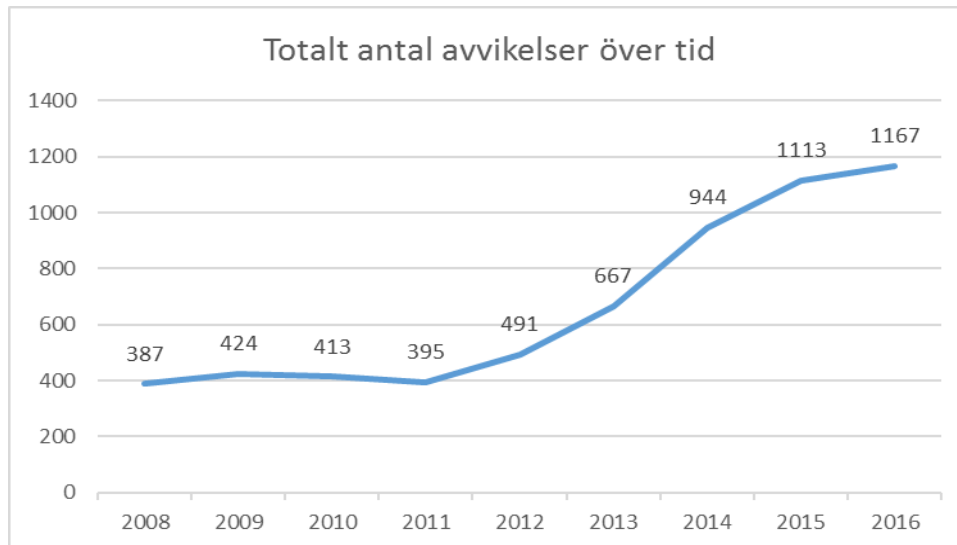
En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunna medföra någon typ av skada som inte är förväntad utifrån personens tillstånd eller vårdens karaktär. Avvikelsehantering omfattar rutiner för att identifiera och rapportera negativa händelser, analysera och åtgärda orsaker samt utvärdera åtgärdernas effekt. Målet med avvikelsehanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens äldreomsorg och verksamhet för funktionsnedsättning är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Syftet är att identifiera eventuella negativa mönster och/ eller systemfel i vårdverksamheterna samt skapa underlag för kvalitetsförbättringsarbete. Alla avvikelser utreds, sammanställs och analyseras från respektive enhet till MAS minst en gång per halvår. MAS återkopplar statistik varje månad till chefer och legitimerad personal. Vid större eller allvarliga händelser sker en gemensam händelseanalys med åtgärdsplan.

Under 2016²⁵ rapporterades totalt 1167 stycken hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket motsvarar 54 fler än föregående år. 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. Nedan kan ses det totala antalet avvikelser och då skall tilläggas att av de 116 stycken under kategori: Utebliven rehabiliterande träning, totalt innehåller 1169 träningstillfällen, eftersom det i varje avvikelse innebär mer än ett träningstillfälle per månad/ rapport.

²⁵ 2015 rapporterades totalt 1113 stycken avvikelser

Resultat 2016

Diagram 16. Resultat totalt antal avvikelser över tid



Fall

Totalt har 526 stycken avvikelser rapporterats, antalet fallolyckor har ökat med 54 stycken. Antalet fallolyckor nattetid har minskat med 15 stycken från föregående år. Fraktur har ökat från 1 till 10 stycken. 90 procent av alla fallolyckor uppvisar ingen skada (82 procent 2015).

Tabell 4. Antal rapporterade fallavvikelser per enhet

Hus A	Hus B	Hus C	Ordinärt boende	LSS
123	288	32	79	4

Diagram 17. Totalt antal fall per enhet

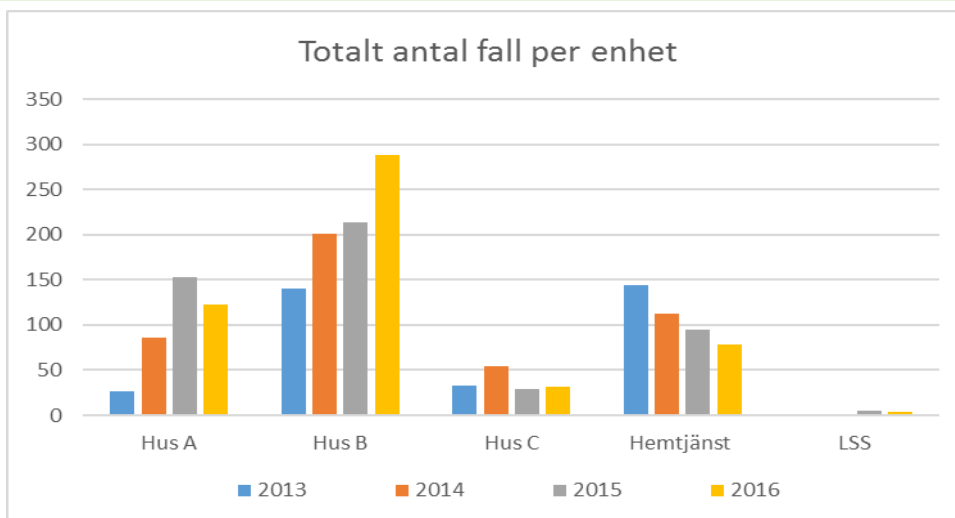
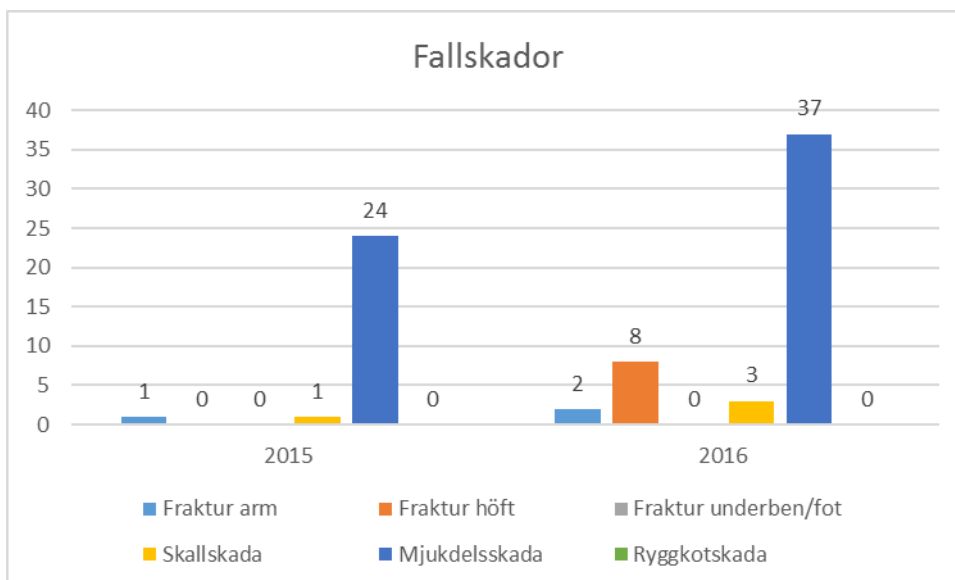


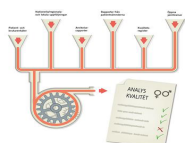
Diagram 18. Fallskador



Orsaks- och händelseanalys

Sker 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 5. Antal frakturer per enhet

Hus A	Hus B	Hus C	Ordinärt boende	LSS
3 höft	3 höft	1 höft	1 höft + 2 arm	0

Diagram 19. Vilken dag inträffade fallet

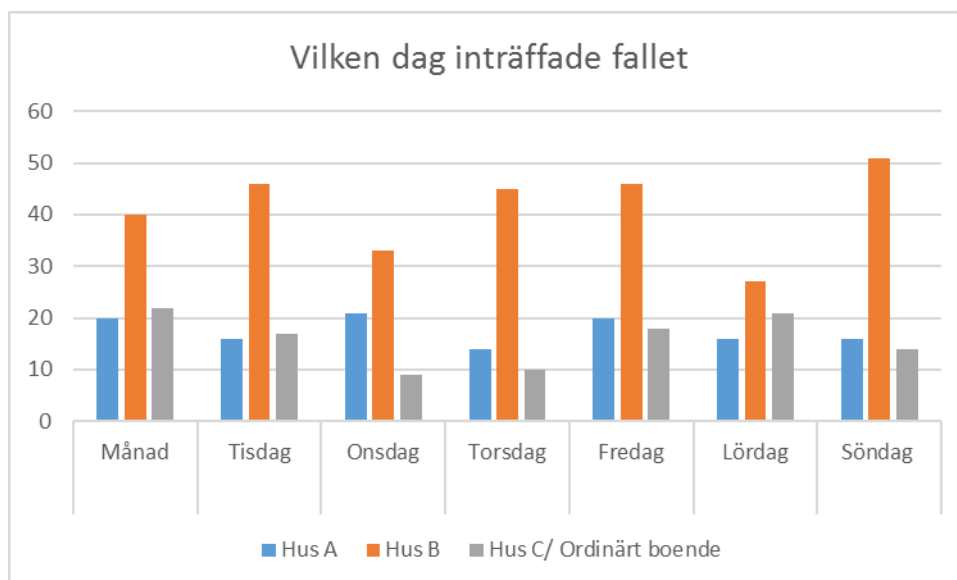
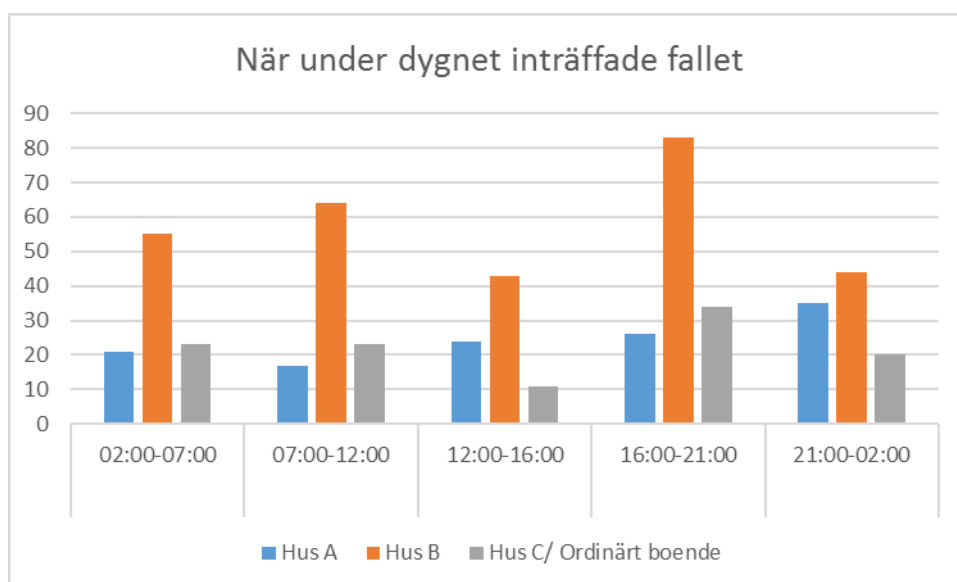


Diagram 20. När under dygnet inträffade fallet



Hus A, fest fall sker på onsdagar mellan klockan 21,00- 02,00.

Hus B, flest fall sker på tisdagar, torsdagar, fredagar och söndagar, mellan klockan 07,00-12,00 och 16,00- 21,00.

Hus C/Ordinärt boende, sker flest fall måndagar och lördagar
mellan klockan 16,00- 21,00.

Diagram 21. Var inträffade fallet

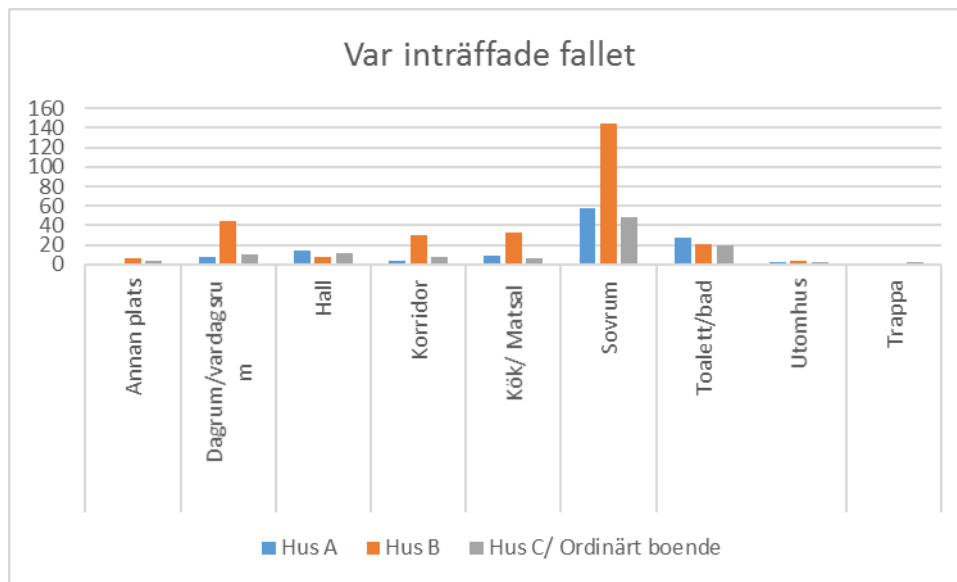
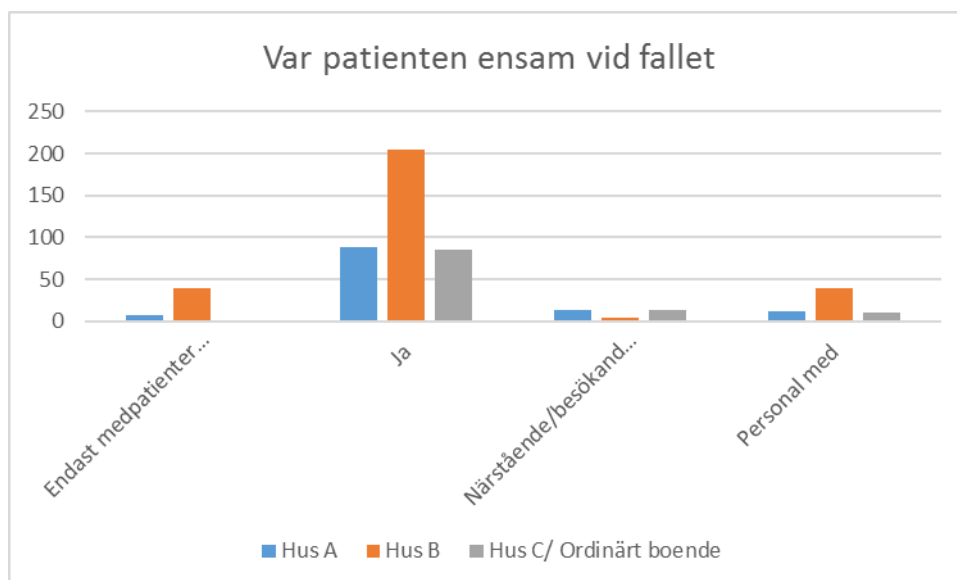


Diagram 22. Var patienten ensam vid fallet



På samtliga enheter sker de allra flesta fallen oftast då patienterna är ensamma, på Hus B (demensenheterna) sker fall även då medpatienter och personal finns med, både i sovrums, matsal, dagrum och korridor.

Diagram 23. Vad gjorde patienten vid fallet

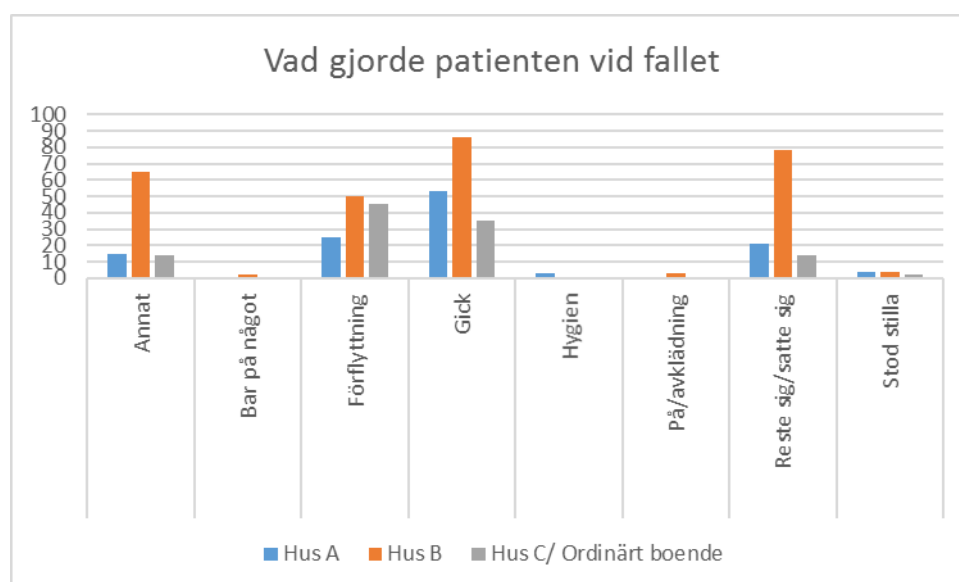
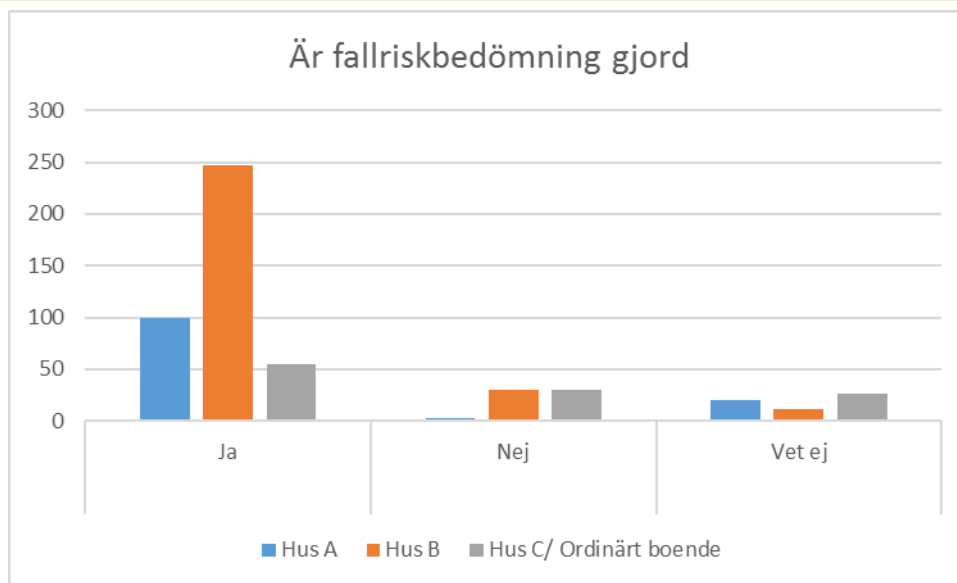


Diagram 24. Är fallriskbedömning gjord



Hus A, är patienterna oftast uppe och går, då fallet sker.

Hus B, då de går eller reser/ sätter sig.

Hus C / Ordinärt boende sker det oftast vid förflyttning.

Detta sker trots att fallriskbedömning oftast är utförd.

Diagram 25. Särskilda yttre omständigheter

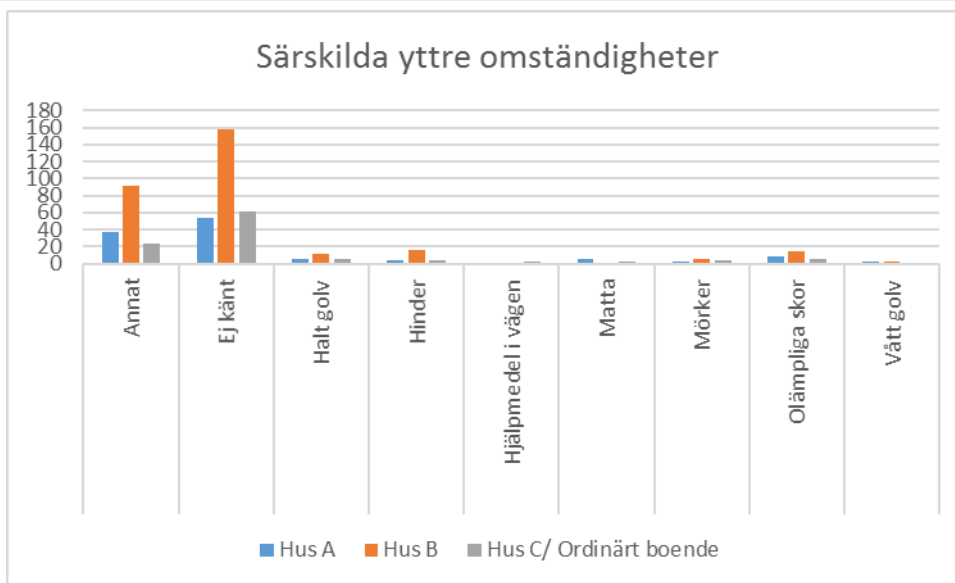
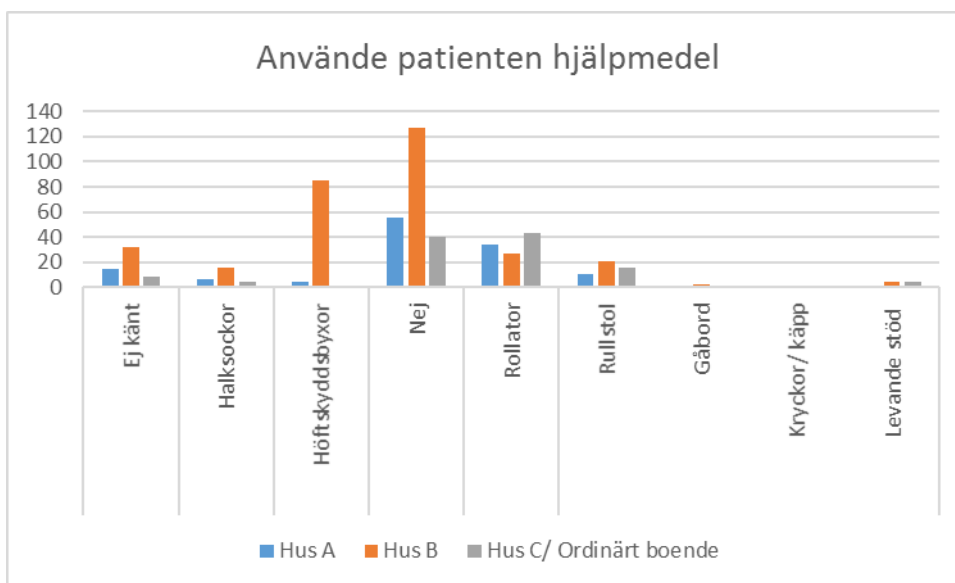


Diagram 26. Använde patienten hjälpmedel



På samtliga enheter är det inga särskilda omständigheter som är orsak till fallet.

Hus A, är inga hjälpmedel i regel involverade.

Hus B, är höftskyddsbyxor på och ibland är rollator och rullstol involverade, men oftast är inga hjälpmedel alls.

Hus C / Ordinärt boende är ibland rollator och rullstol involverade eller inga hjälpmedel alls.

Diagram 27. Symtom i samband med fallet

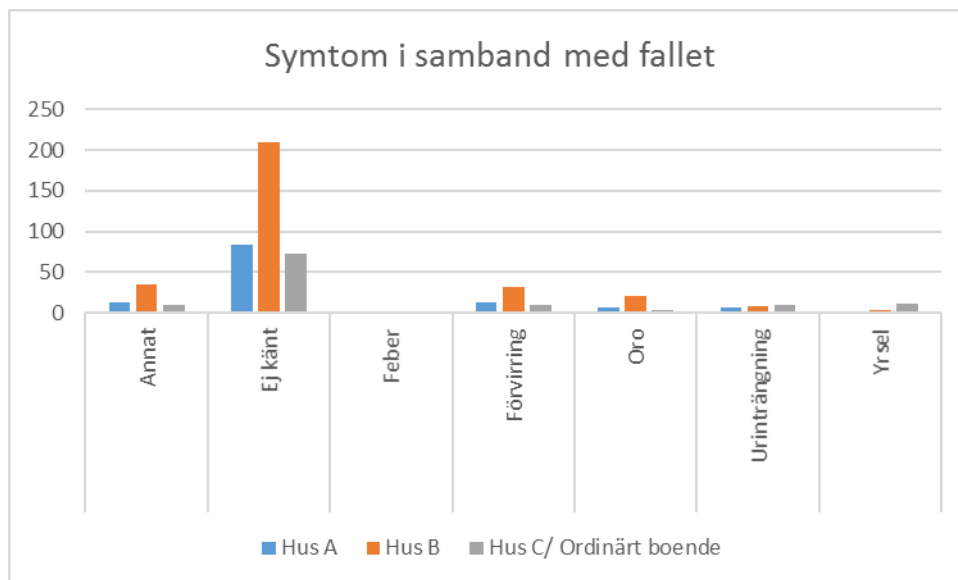
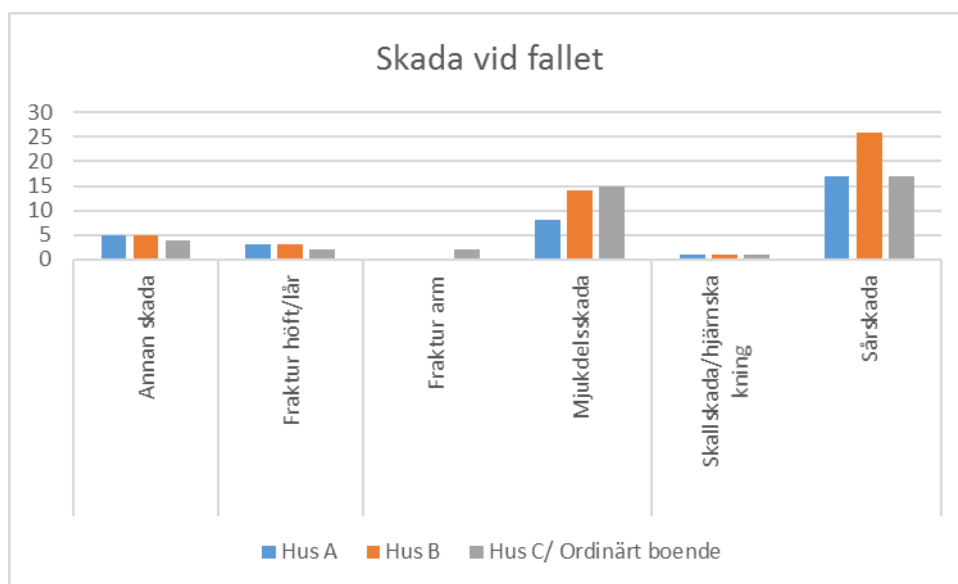


Diagram 28. Skada vid fallet



Symtom i samband med fallet är oftast inte känt.

På samtliga enheter uppstår mjukdelsskada och sårskada vid fallet.

Diagram 29. Ingen synlig skada

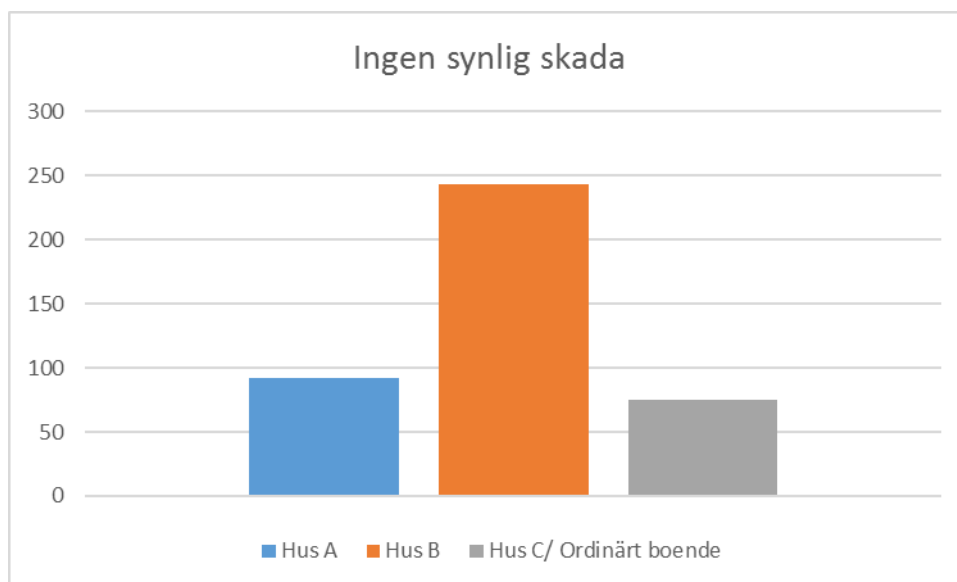
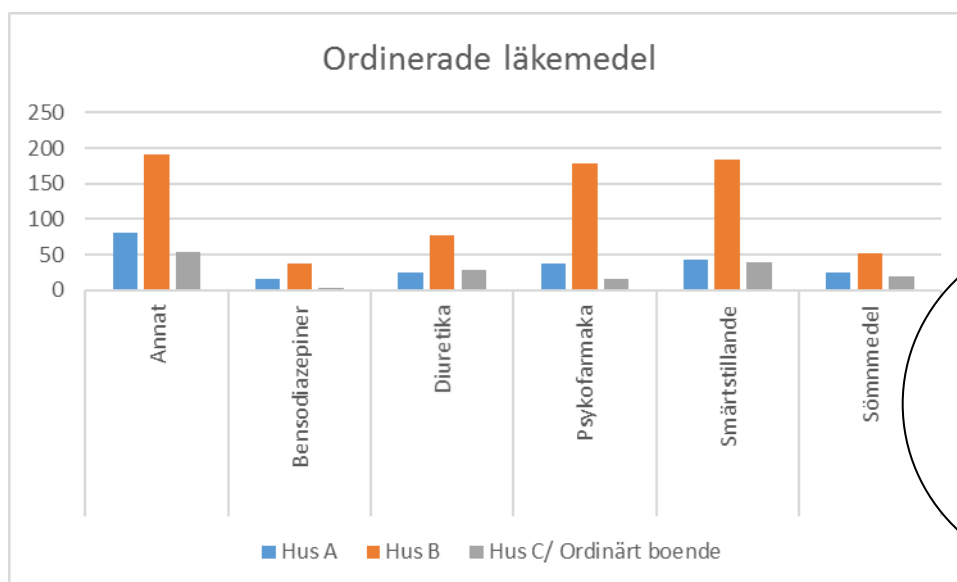


Diagram 30. Ordinerade läkemedel i samband med fall



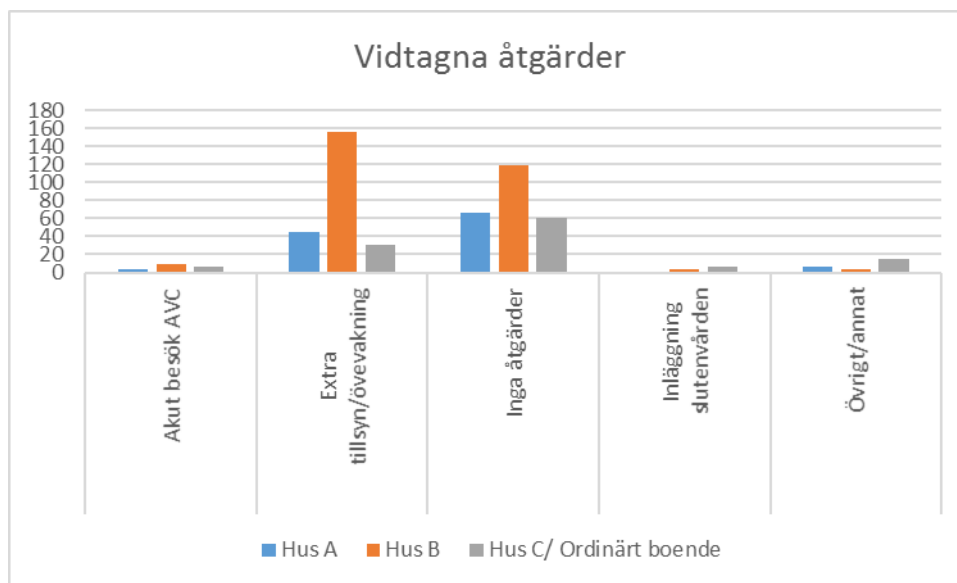
Bensodiazepiner
=
Lugnande medel
Diuretika =
Vätske-drivande

Hus A, är läkemedel som påverkar falltendens oftast inte ordinerad.
Hus B, är psykofarmaka, smärtstillande, diuretika och sömnmedel ordinerad.

Hus C / Ordinärt boende är ibland förekomst av smärtstillande läkemedel ordinerad.

På samtliga enheter är extra tillsyn/ övervakning eller inga åtgärder alls som vanligen vidtas.

Diagram 31. Vidtagna åtgärder



Fall Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning

Hus A	Orsak	Åtgärd
123 stycken	<p>Bristande dokumentation i genomförandeplan</p> <p>Okunskap om fallförebyggande åtgärder och arbetet med Senior alert</p> <p>Tidpunkt med ensamarbete</p> <p>Nattfastan påverkar fallrisk</p>	<p>Dokumentation om fallförebyggande åtgärder</p> <p>Kompetensutveckling Senior alert, genomgång av balans, styrketräning och aktiviteter</p> <p>Toalettbesök före sänggående, tätare tillsyn nattetid</p> <p>Registrering av nattfasta, erbjuda förfrukost och</p>

		nattfösare
<i>Hus B</i> <i>288</i> <i>stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	<p>Ovana att dokumentera fallförebyggande åtgärder i genomförandeplanen</p> <p>Brist i kunskap om aktivering för fallprevention</p> <p>Brist i funktion om larmsystem</p> <p>Okunskap i arbetet med Senior alert</p> <p>Brist att se flödet i avvikelseprocessen</p>	<p>Utveckling av social dokumentation, läsa och tid att dokumentera</p> <p>Återkoppling på APT om förebyggande åtgärder</p> <p>Utbildning i fysisk aktivitet och balans</p> <p>Utbildning i kvalitetssystem, genomgång på APT</p>
<i>Hus C</i> <i>32</i> <i>stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	<p>Otydliga mål med korttidsvistelse</p> <p>Informationsbrist mellan rehab, bistånd och personalgruppen</p> <p>Larmutrustning blir hinder</p> <p>Förvirrad patient, glömmer hjälpmedlet</p> <p>Ej arbetat aktivt med Senior alert</p> <p>Brist i teamarbetet Senior alert</p>	<p>Utbilda fler ombud för Senior alert</p> <p>Nattpersonalen bör medverka vid teamträffar</p> <p>Bytt tid för teamträffarna och utveckla arbetet med teamträffarna och ta med biståndshandläggare</p> <p>Motiverande samtal med boende om vikten av fallprevention- åtgärder</p>

	Bristande planering av teamträffar Personal byter område och enhet	
<i>Ordinärt boende 79 stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	<p>Informationsbrist mellan rehab, bistånd och personalgruppen</p> <p>Saknar spetskompetens om riskbedömningar i Senior alert</p> <p>Saknar kunskap om fallprevention</p> <p>Patienterna glömmer att använda sina hjälpmedel</p> <p>Läkemedel som påverkar balans och toalettbesök</p> <p>Ej arbetat aktivt med Senior alert</p> <p>Brist i teamarbetet Senior alert</p> <p>Bristande planering av teamträffar</p> <p>Brukaren bor själv och vill klara sig själv</p>	<p>Utbilda fler ombud för Senior alert</p> <p>Nattpersonalen bör medverka vid teamträffar</p> <p>Utveckla arbetet med teamträffarna</p> <p>Få biståndshandläggare att medverka på teamträffarna</p> <p>Motiverande samtal med boende om vikten av fallprevention- åtgärder</p>

Förbättringsområden 2017

- Resultat måste efterfrågas på alla nivåer med strategi för utvecklingsarbete.

-
- Oavsett mål med korttidsvistelse ska det fallförebyggande arbetet tydliggöras.
 - Ansvar att teambaserade träffar sker och är effektiva.
 - Arbetet med Senior alert måste prioriteras.

Läkemedel

Sammanfattningsvis kan ses att läkemedelsavvikelser totalt ökat med 31 stycken²⁶. Hus A har ökat med 31 stycken, trots att nytt arbetssätt infördes med tydligt schema och ansvarsfördelning under våren. MAS har även medverkat på flertal APT och gjort handlingsplaner för bättre läkemedelshantering på enheten. Hus B har samma antal som föregående år och Hus C har minskat med 5 stycken och Hemtjänst har minskat med 10 stycken. LSS har samma antal medan sjuksköterskorna ökat 16 stycken.

Avglömd dos har ökat 12 stycken, fel dos ökat 7 stycken och övrigt ökat 24 stycken. Avvikelser med dosrulle har samma antal som föregående år, dosettavvikelser har ökat med 24 stycken och orginalförpackning (ur burk) har det skett en avvikelse mer än 2015. Många avvikelser visar att dos är given men inte signerad, eller att signering är gjord utan att dos är given. Som orsak till avvikelserna anges ofta att det råder otydlighet om vem som är HSL- ansvarig för arbetspasset, vilket åvilar arbetsledningen.

En konsekvens kan vara skada eller medicinsk påverkan på patient, vilket tex sker då fel dos insulin givits eller att dos uteblivit, men även proppförebyggande injektioner som uteblivit eller felaktig dos tablett Waran, som är ett blodförtunnande läkemedel, tillhör gruppen som kan ge konsekvenser. Smärtplåster tillhör också riskgruppen eftersom det kan ge för hög koncentration av narkotiskt preparat. Totalt har 7 färre avvikelser med medicinsk påverkan inträffat, ingen har lett till större skada eller dödsfall.

²⁶ 2016 hade läkemedelsavvikelserna minostat med 17 stycken jämfört med föregående år (2015).

Dessvärre har narkotikaklassade preparat försvunnit för totalt 10 patienter på Hus A och i hemtjänsten samt även i sjuksköterskornas läkemedelsförråd. Loggning har skett för att ta reda på vem som arbetat då preparaten försvunnit, detta utan större framgång. Samtliga händelser är polisanmälda. Det har framkommit att personalen lånar varandras kort för att komma in i läkemedelsskåp, som vid loggning visar att annan person varit inne i skåpet. Åtgärd har blivit att den som lånar ut sitt kort och den som lånar kort, blir av med delegationen under en viss period. Det är också färre doser av narkotiskt preparat i skåpen. Kontrollräkning av narkotika sker mycket mer frekvent än tidigare.

Diagram 32. Läkemedelsavvikelser över tid

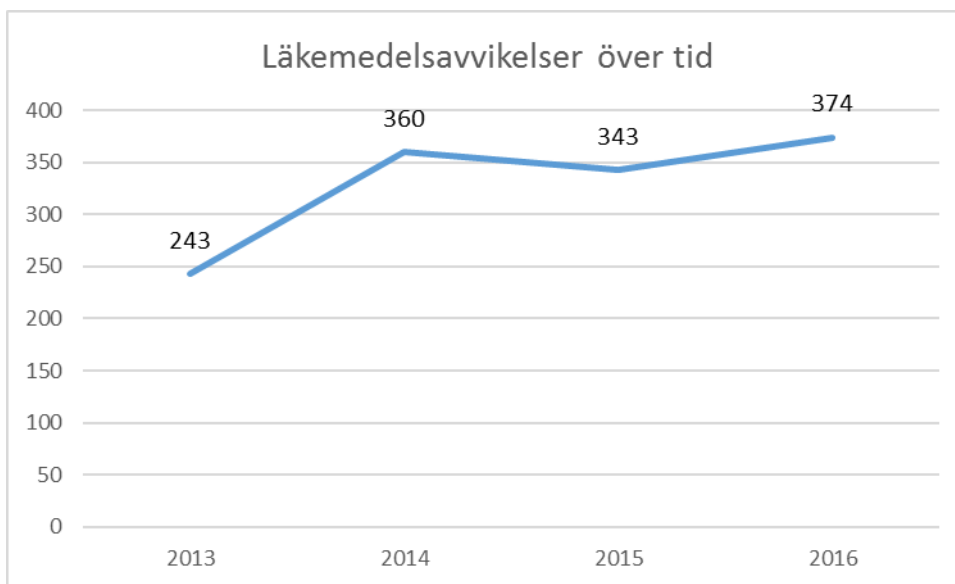


Diagram 33. Totalt antal läkemedelsavvikelser per enhet

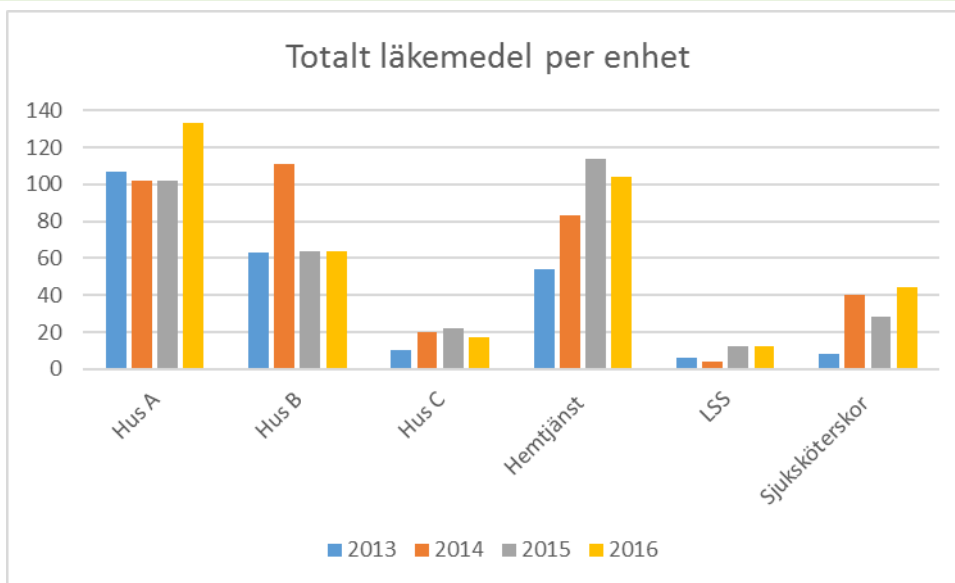
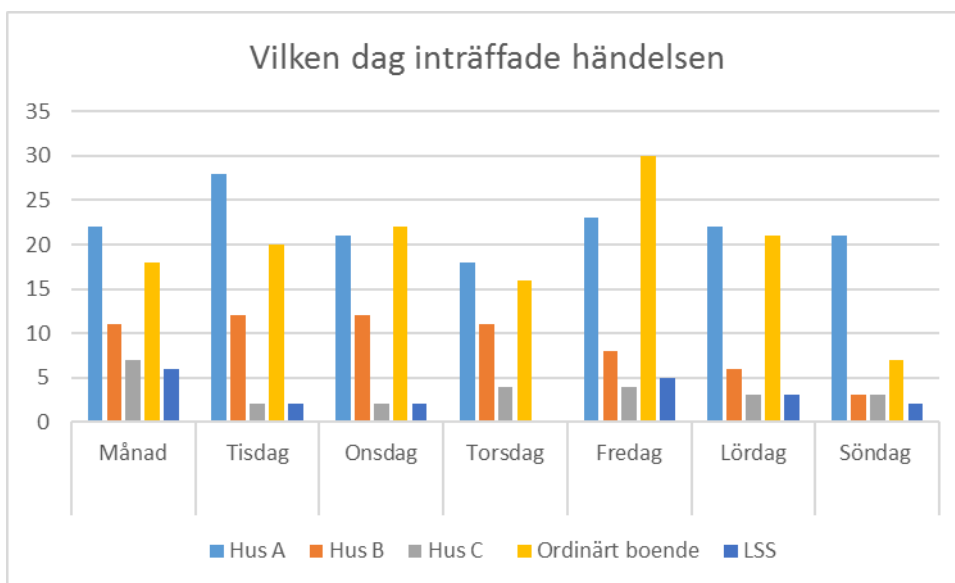


Diagram 34. Vilken dag inträffade händelsen



Hus A och Sjuksköterskeenheten är de enheter som rapporterat flest avvikelser.

Hus A, sker flest avvikelser på tisdagar.

Hus B, sker flest på måndagar, tisdagar, onsdagar och torsdagar.

Hus C, sker flest på måndagar.

Ordinärt boende, är det fredagar som har flest men även på onsdagar och lördagar.

LSS, är måndagar och fredagar mest frekvent.

Diagram 35. När under dygnet inträffade händelsen

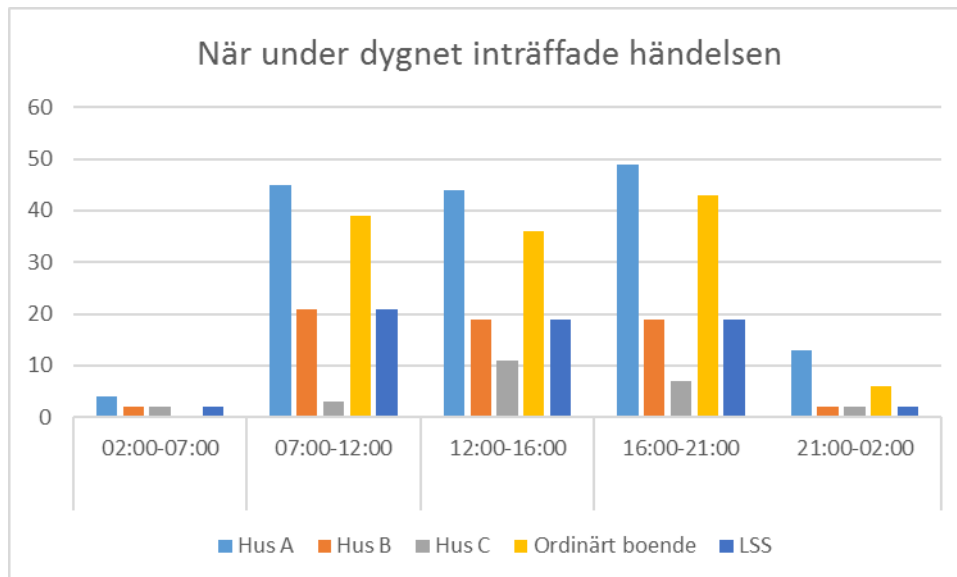
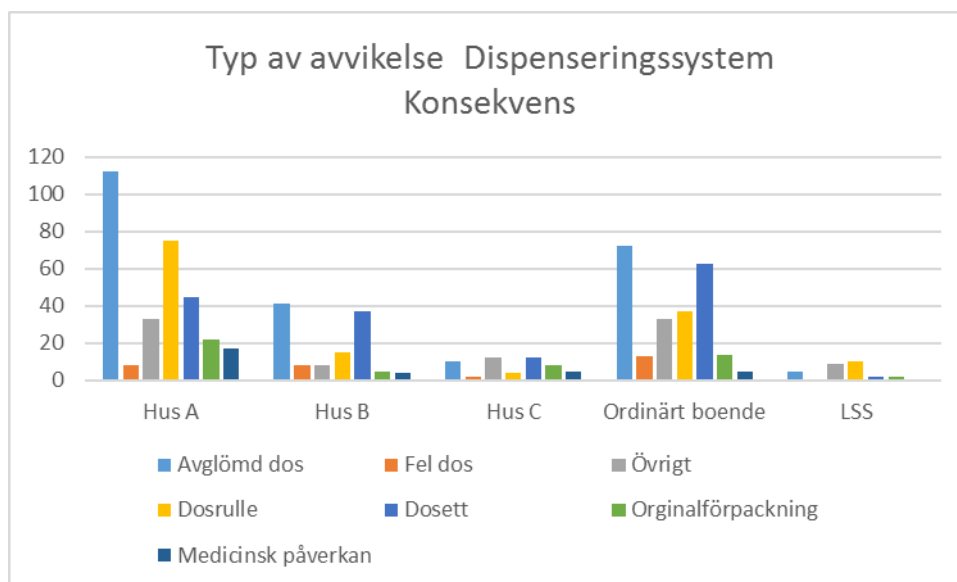


Diagram 36. Typ av avvikelse, dispenseringsystem och konsekvens



Hus A, sker händelserna mellan klockan 07,00- 21,00 och det är avglömd dos, dosrulle, dosett, originalförpackning (burk) och övrigt, som tex. kan vara fel tid som är mest frekvent.

Hus B, mellan 07,00- 21,00 med flest avglömd dos som dominerar.

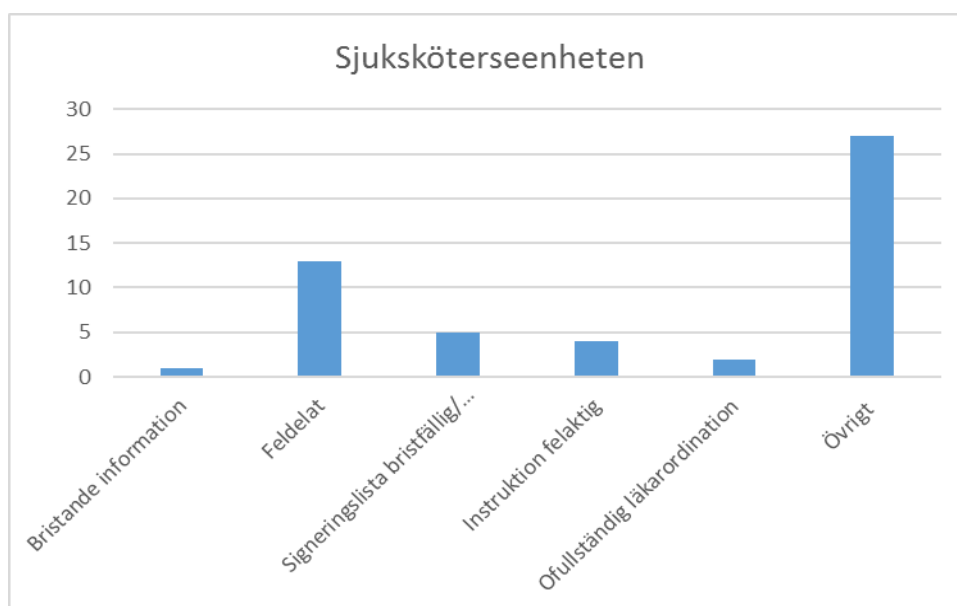
Hus C, mellan klockan 12,00- 21,00, med avglömd dos, dosett och övrigt.

Ordinärt boende, sker flest mellan 07,00 21,00 och det är avglömd dos, fel dos, fel tid med dosett.

LSS, mellan 21,00- 07,00, övrigt och dosrulle mest frekvent.

Det blir sällan allvarliga konsekvenser efter händelserna.

Daigram 37. Läkemedelsavvikelser inom sjuksköterseenheten



Inom sjuksköterskenheten är det feldelade dosetter som dominerar, vilket avspeglar sig i hemstjänsten. Detta sker trots att dubbelkontroll sker innan dosetterna transporteras ut till ordinärt boende. I stapeln övrigt förekommer även feldelade dosetter.

Läkemedel Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning

<i>Hus A 133 stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	<p>Brister om HSL- ansvar och arbetsfördelning</p> <p>Läser inte ordentligt på ordinationer/</p>	<p>Dagplanering och följa underschema Kontrollrunda med avstämning</p> <p>Dialog med</p>

	<p>signeringslistor</p> <p>Varierad kompetens i gruppen</p> <p>Larm störande</p> <p>Svinn av narkotiskt preparat</p> <p>Saltolås lånas mellan personal</p> <p>Följer inte plan för arbetsledning</p> <p>Otydligheter i planering/organisation</p>	<p>gruppsamordnare vid kontrollrunda</p> <p>Utbildning Lär- Ut /delegering</p> <p>Återkalla delegation vid lån/utlåning av saltolås</p> <p>Signeringslista för kontrollrunda tydliggöra HSL- ansvar inkl checkrunda</p>
<i>Hus B</i>	Orsak	Åtgärd
<i>64 stycken</i>	<p>Otydlig fördelning HSL-ansvar</p> <p>Signering sker innan dos ges</p> <p>Byte av person som har HSL- ansvar under passets gång</p> <p>Avstämning/kommunikation sker inte</p>	<p>Tydliggöra ansvar och mentorskap samt handledning</p> <p>Uppdragsbeskrivning</p> <p>Kommunicera rutin för HSL-ansvar</p> <p>Stå fast vid schema och ansvar</p> <p>Följa rutin för avstämning 1g/ pass</p>

<i>Hus C 17 stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	Tid för dos stämmer inte med ordinationen Personalen får ej rätt information Otydliga signeringslistor Bristande noggrannhet, följer ej rutin och arbetsätt Glömmer att signera given dos	Återkommande utbildningar i Lär- Ut Förtydliga delegationsansvaret genom samtal Kommunikation med sjuksköterskan om att återkalla delegation vid upprepade avvikelser
<i>Ordinärt boende 104 stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	Tid för dos stämmer inte med ordinationen Personalen får ej rätt information Oförmåga att använda arbetsplanering Otydliga signeringslistor Bristande noggrannhet, följer ej rutin och arbetsätt Glömmer att signera given dos Signeringslistor hamnar på fel ställe	Återkommande utbildningar i Lär- Ut Förtydliga delegationsansvaret genom samtal Kommunikation med sjuksköterskan om att återkalla delegation vid upprepade avvikelser Översyn av vårdtagarpärmen som finns hemma hos den boende Kommunicera avvikelser för alla
<i>LSS 12 stycken</i>	Orsak	Åtgärd
	Annat kommer emellan Otydliga rutiner Bristande kommunikation	Larmpåminnelse i mobil/ tid för dos Följsamhet till rutin

	<p>mellan kollegor</p> <p>Schemaplanering innebär ibland ensamarbete</p>	<p>Ändrat tid för dos med 15 minuter för att hinna ge i lugn och ro</p>
<p><i>Sjuk- sköterskor 44 stycken</i></p>	<p>Orsak</p>	<p>Åtgärd</p>
	<p>Bristande kommunikation / överrapportering mellan kollegor</p> <p>Bristande kommunikation från närstående</p> <p>Bristande användning av meddelande i Procapita</p> <p>Byte av OAS- skap / område</p> <p>Ofullständig riskanalys vid områdesbyte</p> <p>Tolkat medicinlistan fel om tider</p> <p>Otydlig signeringslista</p> <p>Felaktig dos och styrka (ordination)</p> <p>Dosethantering/ felaktig delning</p> <p>Felaktig kontroll av dosett</p>	<p>Använda de kommunikationsvägar som finns</p> <p>Infört kommunikationsbrevlåda för patienter och närstående (epost)</p> <p>Tydliggöra arbetssätt med Att Göra Lista i Procapita</p> <p>Prioritera områdesavstämning</p> <p>Förebyggande riskanalys i god tid vid områdesförändring och kommunikation på APT</p> <p>Planera tid varje månad för redigering av signeringslistor</p> <p>Avvikelse rapporterna när läkare ordinerat fel</p> <p>Ny rutin för utlämnande av signeringslistor till</p>

		hemtjänsten Försöka påverka läkare att förskriva dos Större noggrannhet vid läkemedelsdelning
--	--	---

Förbättringsförslag 2017

- 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).
- Införa digitala signeringslistor.
- Öka antal dosexpedierade läkemedel, eftersom det blir fel i dosetterna trots dubbelkontroll.

Utebliven rehabiliterande träning

Fysioterapeuterna har totalt rapporterat att delegerad träning uteblivit vid 1169 tillfällen. Varav i vår egen regi 1129 tillfällen och 38 tillfällen av privat utförare LSS. Denna typ av avvikelse har vuxit fram i verksamheten under de senaste åren och mer uppmärksamhet ger ökat fokus kring problemet. I de fall 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.

Tabell 2. Antal utebliven rehabträning per enhet

Hus A	Hus B	Hus C	Ordinärt boende	LSS	Privat utförare LSS
126	77	64	522	342	38

Rehabiliterande träning Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning

<i>Hus A</i>	Orsak	Åtgärd
<i>126 tillfällen</i>	<p>Brist i rapport mellan arbetspassen och struktur för dagen</p> <p>Osäkerhet om utförandet vid förändrad ordination</p> <p>Kontaktar inte Rehab vid frågor/osäkerhet i handhavandet av hjälpmedel</p> <p>Bristande uppföljning teamträff</p>	<p>Tydliggöra vikten av HSL-ordination</p> <p>Avstämning med enhetschef</p> <p>Kompetensutveckling i vardagsträning och specifik träning</p> <p>Direktkontakt med Rehab vid frågor/ problem</p> <p>Följa arbetssätt med underschema/ uppgifter</p> <p>Fokus på teamträffar, hjälp av olika strategier såsom "mind mapping"</p>
<i>Hus B</i>	Orsak	Åtgärd

77 tillfällen	Bristande kommunikation och överlämning av uppdrag Bristande kompetens som inte kommuniceras Varierande engagemang för uppdraget Otydlighet kring rutin för träning	Rehabombud får ansvar att ta emot, förmedla och återta instruktion/ signeringslista till fysioterapeuterna Omv- personal förmedlar kompetensbehov Rutin och plan för uppföljning till chef Kommunicera förväntansbild i lönesamtal Tydliggöra daglig/ veckovis planering med avstämning varje morgon
Hus C 64 tillfällen	Orsak Glömt att signera Bristande kommunikation mellan yrkesgrupperna	Åtgärd Påtala vikten av att signera i samband med genomgång av avvikelser på APT
Ordinärt boende 522 tillfällen	Orsak Otydligt uppdrag Ingen förändring vid ändrat behov Saknar ibland delegering Pärmen svårhanterlig många flikar mycket att läsa Glömmer att signera vid avböjd insats	åtgärd Se över pärmen i hemmen Förtydliga delegationsansvaret genom samtal Utveckla teamträffarna Rehab med på APT för att diskutera insatser
LSS	Orsak	Åtgärd

<p>342 <i>tillfällen</i></p>	<p>För lågt ljud på larmet, minskat volymen för att inte störa brukaren Glömt signera, annat kom emellan Bristande kommunikation mellan assistenterna Förstår inte vikten av att träna Bristande kompetens kring funktionsnedsättningen Rutin otydlig Inaktuell checklista för bredvidgång Nya vikarier med språksvårigheter</p>	<p>Larm är inlagt i mobil Mer praktiska övningar under bredvidgång Titta specifikt på avvikelserna för att kunna kartlägga brister Föreläsning om förvärvad hjärnskada under våren 2017 Behöver uppdatera checklista för bredvidgång utifrån varierad svenska</p>
<p>LSS Privat utförare 38 <i>tillfällen</i></p>	<p>Orsak Ej signerat på signeringslistan, all träning är utförd</p>	<p>Åtgärd Samtal och information till personliga assistenter</p>

Förbättringsförslag 2017

- Utsedd HSL- ansvarig person måste finnas och tid för avstämning måste ske att säkerställa träningen, varje arbetspass.
- Läsa och förstå instruktion.
- Fungerande teamträffar.
- Kompetensutveckling.
- Införa digitala signeringslistor.

Lex Maria 2 stycken

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). Två allvarliga händelser under 2016²⁷ har lett till vårdskada.

1. En patient fick inte ordinerad rehabiliterande träning och förblev rullstolsburen efter en höftfraktur, Hus A. Då MAS informerade personalgruppen om IVO:s beslut framkom att personalen aldrig får återkoppling på avvikelser som de rapporterar. Det är en mycket stor brist att återkoppling inte sker, som ett led i förbättringsarbetet.

2. En patient fick ordinerade läkemedel av sjuksköterska, där sjuksköterskan inte har rätt att ordinera. Det skulle ha skett efter kontakt med läkare. IVO har haft samtal med den aktuella sjuksköterskan.

Medicinteknisk produkt (MTP) 5 stycken

Felaktig hantering av lyftsele, benstödsfäste till elrullstol gick sönder relaterat till felaktig hantering, felaktig hantering av elrullstol, utebliven rengöring av andningshjälpmedel, felaktig hantering av trycksårsmadrass och kilkudde.

Olåsta medicinskåp 23 stycken

Orsak: Bristande kommunikation från enhetschef på APT om handhavande. Vikarier har inte fått rätt information om att det finns en fördröjning av låsningen, varpå skåpet lämnas och förblir olåst. Distraktion under pågående läkemedelsgivning. Kontrollrunda ej utförd enligt rutin. Åtgärd: Information, uppföljning nyanställning,

²⁷2015 Lex Maria = 0 stycken, MTP = 4 stycken, Olåsta medicinskåp = 18 stycken, Sårvård- katetervård = 3 stycken, Avvikelser i vårdsamverkan från annan vårdgivare till Bollebygd 2 stycken.

utbildning, fokus på uppgiften, signeringslista för kontrollrunda temporärt.

Sårvård/katetervård 5 stycken

Några tillfällen har såromläggning och TENS- behandling för att främja sårhäkning uteblivit, utebliven/felaktig hantering av urinkateter, som orsak anges bla. att det saknas delegerad personal.

Avvikelser i vårdsamverkan 3 stycken

Totalt har Bollebygds kommun mottagit tre stycken avvikelser i vårdsamverkan från sjukhus och primärvård.

1. Otillfredsställande hantering av vårdplaneringssystemet KLARA/SVPL av biståndshandläggare.
2. Upplevelse av krångel att få hemtjänst av bistånd via sjukhuset.
Åtgärd: Utbildning i systemet.
3. Blodprovtagning uteblev som läkare ordinerat på vårdcentralen.
Åtgärd: Ny rutin för hantering av daganteckning från läkare samt rutin i samverkan om provtagning mellan vårdcentral och kommunen upprättad och informerad.

Från Bollebygds kommun har 19 stycken avvikelser i vårdsamverkan rapporterats till sjukhus och vårdcentral. De handlar om bristande information vid utskrivning/ läkemedelsordinationer och samverkan kring gemensamma patienter.

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 som har betydelse för patientsäkerheten.

Det har inte inkommit synpunkter från revisionsrapporter som lett till analyser i verksamheten. Ett klagomål har inkommit från närstående som handlade om ökad smärtproblematik relaterat till bristfällig kommunikation och information om förflyttning, efter en stroke. Detta trots fungerande rehab- team i ordinärt boende, enligt Öppna jämförelser.

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 vårdskador²⁸ ske. Mål att förebygga och minska vårdskador sker genom strategiskt arbete med avvikelser, uppföljning och utvärdering, som ingår i det systematiska kvalitetsledningssystemet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

²⁸ 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

Övergripande mål och strategier för kommande år

Resultatmål som bör finnas i verksamheternas enhetsplaner, om att:

- systematiskt arbete med kvalitetsregister och efterfråga resultat
- säkerställa delegerade HSL- uppgifter genom god arbetsledning
- arbeta med nationella riktlinjer för demenssjukdom och handlingsplan
- e Hälsa/ digitala tjänster för god och säker vård och IT- miljö
- webbutbildning i allmän palliativ vård, basala hygienrutiner och säker läkemedelshantering
- basal utredning av inkontinens och minska urinkateteranvändning
- HALT- mätning enligt nationell satsning från Folkhälsomyndigheten
- följsamhet till basala hygienrutiner
- implementering av arbetssättet Trygg hemgång
- planera för arbete med Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården (*ny betalningsansvarslag*)
- utbildning i teambaserad strokevård, i samverkan med regionen
- utveckling av systematiskt kvalitets- och ledningssystem
- LÄR UT- utbildning, för säker läkemedelshantering på alla nivåer
- implementering av nytt hälso- och sjukvårdsavtal i VGR /VGK