



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

2017

2018-03-20

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	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	24
Risikanalys	27
Informationssäkerhet	28
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	28
Klagomål och synpunkter	36
Samverkan med patienter och närstående	36
Sammanställning och analys	37
Övergripande mål och strategier för kommande år	37

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.

Tre lex Maria- anmälningar till IVO har skett under året. Det totala antalet avvikelser har uppgått till 1358 stycken, vilket motsvarar 191 fler från föregående år. Fraktur efter fallolycka är samma som föregående år, 10 stycken. 82 procent av alla fallolyckor uppvisar ingen skada. Läkemedelsgenomgång har genomförts till 100 procent. Symtomskattning inför läkemedelsgenomgång har ökat från 73 till 110 stycken. Olämpliga läkemedel för demenssjuka har minskat markant jämfört med föregående år, däremot har polyfarmaci dvs. behandling av flera psykofarmaka samtidigt, ökat för 6 patienter, (från 10 till 16 stycken).

Det finns ingen kännedom om förekomst av multiresistenta bakterier, dock måste följsamhet till basala hygienrutiner öka. Riskfaktorer såsom urinkateter har minskat markant från föregående år. Hygienkörtkort ska införas som metod att kommunicera risker. Trycksår förekommer i stort sett inte alls.

Förra året stod förvaltningen inför att åstadkomma "Trygg hemgångsteam" dels för att klara den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, som ersätter betalningsansvarslagen och dels för ökad trygghet för patienter samt att fokus läggs på rätt vårdnivå, till rätt kostnad. Detta har fortfarande inte genomförts. Hälso- och sjukvårdspersonalens och omvårdnadspersonalens informationsöverföring måste säkerställas med hjälp av teknik och verktyget är digital dokumentation och digitala signeringslistor, vilket också fanns på föregående års övergripande mål och strategier, som inte heller verkstälts. Hemläxan kvarstår.

Webbutbildning i allmän palliativ vård har genomförts till viss del, och pågår fortfarande för samtlig personal. Resultaten i Palliativregistret arbetas med god entusiasm. Kvaliteten i arbetet med Senior alert måste öka för att göra skillnad i vardagen, för den äldre personen. Andelen bemötandeplaner efter BPSD- registrering måste fortsätta öka och multiprofessionella team vid demenssjukdom, som kvarstod som förbättringsförslag från föregående år är nu på gång att starta upp.

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 (Hälso- och sjukvård) ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) 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 (2017: 30) 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

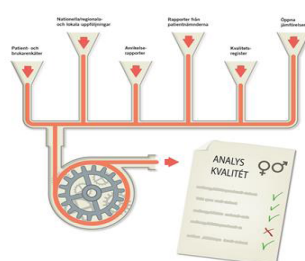
Bild 1.

Orsaksanalys med 5 varför

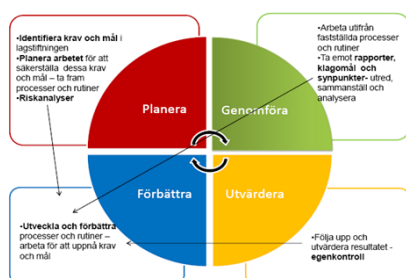
MTO Människa Teknik Organisation

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
- Utbildning för biståndshandläggare om demenssjukdomar
- Utbildning i vårdplaneringssystemet SAMSA för legitimerad personal och biståndshandläggare
- LÄR UT²- utbildning, säker läkemedelshantering
- Workshop i ICF för legitimerad personal
- Webbutbildning allmän palliativ vård för alla i vård och omsorg
- Förflyttningsutbildning
- Hygienutbildning i ombudsrollen
- Webbutbildning Säker läkemedelshantering i samband med delegering
- Workshop med enhetschefer inför förändringar i avvikelsemodul i Procapita.

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

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](#)

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, tillsammans med webbutbildning samt kunskapstest.

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 samt 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. Åtgärderna 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 användas 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 av en tandhygienist. 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 Bollebygd kommun och Närhälsan i Bollebygd finns. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker

kontinuerligt genom samverkansmöten två gånger per år.

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 regional nivå samt delregional nivå. Den delregionala arbetsgruppen (SVOP) i Södra Älvsborg har i uppdrag att ansvara för att samordnad vård- och omsorgsplanering 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 hemgång

Trygg hemgång avser den kommunala verksamheten som ansvarar för individens vård- och omsorg i hemmet efter en sjukhusvistelse fram till den tidpunkt då ordinarie hemtjänst och hemsjukvård tar vid och skiljer sig i sin utformning och målsättning från ordinarie hemtjänst och hemsjukvård genom att tjänsten är tidsbegränsad och syftar till att så snabbt som möjligt utveckla eller återta individens tidigare funktionsförmåga och självständighet. Det finns flera namn på verksamheten med ansatsen att skapa en trygg hemgång efter en sjukhusvistelse. Trygg hemgång, Mottagningsteam, Anpassningsstöd, Trygghetsteam och olika former av Rehabiliteringsteam är några exempel. Enligt SKL³ förefaller Trygg hemgång vara den vanligaste benämningen, samtidigt som innebörden är enkel att förstå. Många kommuner

³ Trygg hemgång. För effektivare utskrivning från slutenvården, SKL- rapport 2017

har inlett arbete i den riktningen som Trygg hemgång innebär och i dagsläget har åtminstone 119 kommuner verksamheter med syfte att skapa trygg hemgång. Utgångspunkterna är att:

1. Individer har ett stort och föränderligt behov av mer omfattande vård och omsorgsinsatser den första tiden efter en sjukhusutskrivning.
2. Trygghetsskapande åtgärder kan öka individers trygghet och självständighet i den dagliga livsföringen efter utskrivning.
3. Omhändertagande i eget boende kan innebära högre kvalitet och effektivitet jämfört med andra boendeformer.
4. En specialiserad verksamhet som hanterar utskrivning och hemgång kan avsevärt korta ledtider och möjliggöra en smidigare utskrivningsprocess. Med Trygg hemgång blir samarbetet effektivare mellan landstingsdriven sjukvård och kommunal vård- och omsorg, vilket gynnar de båda parterna.

I Närvårdssamverkan Södra Älvsborg har arbetssätt 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 olika anledningar. Det medför att patienter blir placerade på korttidsboendet efter sjukhusvistelse, vilket i förlängningen ytterligare komplicerar hemgången till eget boende, då ny träning samt förskrivning av tex förflyttningshjälpmedel för det egna boendet måste anpassas på nytt. Det genererar försening i rehabiliteringsprocessen samt ökade kostnader för kommunen. Problem och svårigheter med hemtagning gör att vårdplaneringsprocessen inför den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, kompliceras ytterligare.

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso och sjukvård

Från årsskiftet 2018 ersattes betalningsansvarslagen av en ny lag som heter Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.⁴ Det innebär att kommunerna har krav att ta emot patienterna inom tre kalenderdagar istället för som tidigare fem arbetsdagar. En Samordnad Individuell Plan (SIP) ska genomföras och vårdplanering ska genomföras i det egna boendet, i syfte att patienterna ska lämna sjukhuset tidigare. Primärvården har fått en tydligare roll i vårdplaneringen i samband med utskrivning från slutenvården. Den nya lagen har medfört att arbete har påbörjats under hösten 2017 för att möta lagkraven. Det IT-system som idag finns i Västra Götaland (SAMSA) för vårdövergång, är inte färdigbyggt för att hantera SIP. Utbildning i SIP genomförs i gemensam regi i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg under våren 2018. En gemensam rutin för hela regionen ska tas fram vilket medfört att lagens tillämpning inte sker fullt ut förrän den 25 september 2018, gällande utskrivningsklar från 5 till 3 dagar genom nya betalningsansvaret samt upprättandet av SIP i kraft. Årsskiftet 2019 ska även psykiatrin gå från 30 till 3 dagar vid utskrivningsklar.

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

⁴ Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017: 612)

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 läkemedelsgenomgång, andel korrekt följsamhet till hygien- och klädregler eller andel utförda riskbedömningar i kvalitetsregister.

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, munhälsa och blåsdysfunktion⁵. Det är viktigt att följa hela processen dvs. att riskbedömning- och uppföljning av åtgärder sker, för att skapa skillnad för den enskilde. När risk konstateras måste uppföljning av åtgärder ske systematisk på varje enhet.

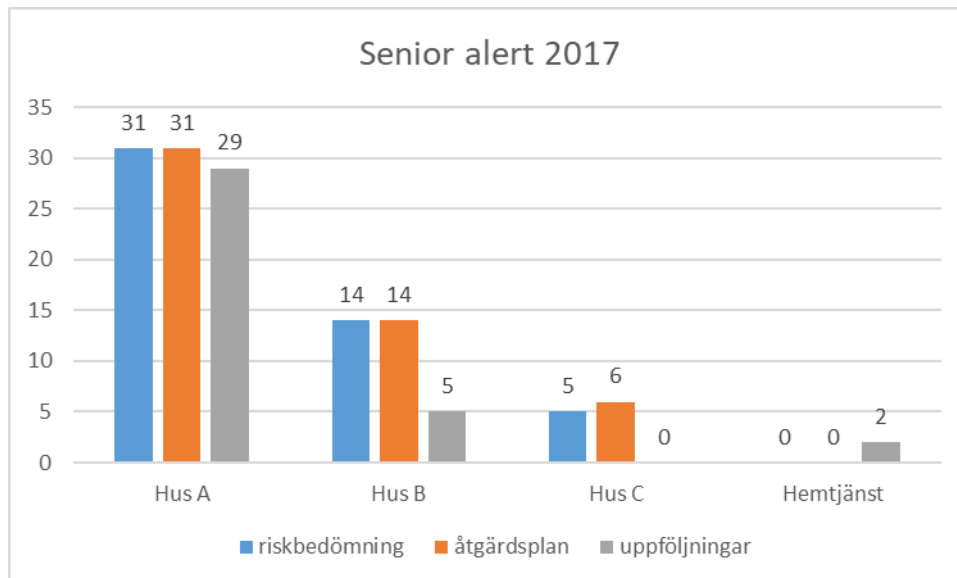
Kvalitetsregistret omfattar alla enheter inom äldreomsorgen.

Arbetet sker fortlöpande av kontaktperson och legitimerad personal med enhetschefens medverkan på det tvärprofessionella teammöte som ska ske varje månad. Resultatet visar att enheterna inte arbetar lika flitigt. Under 2017 infördes riskbedömning för blåsdysfunktion i syfte att kartlägga inkontinensproblem med mål att utföra basal utredning för att säkerställa rätt behandling och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Riskbedömning av

⁵ Inkontinensproblem

blåsdysfunktion har genomförts på fem patienter på Hus A och fem patienter på Hus C.

Diagram 1. Senior alert Bollebygds kommun 2018



Förbättringsförslag 2018

- Arbeta i tvärprofessionellt team med riskbedömning och uppföljning på samtliga enheter.
- Planering har inletts med Högskolan i Borås, om kompetensutveckling och forskning genom intervjuer med nyckelpersoner, utbildning till personal, reflekterande team och uppföljning av arbetssätt och attityder kring inkontinens på särskilt boende. Socialstyrelsens värdegrund inom äldreomsorgen ligger till grund för ett värdigt liv.

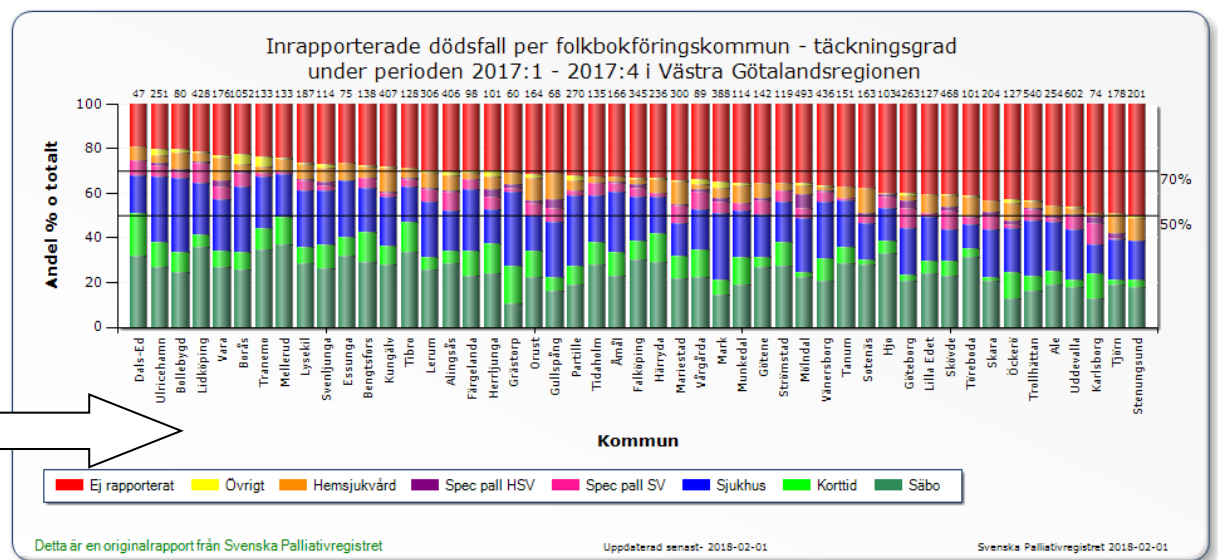
Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret⁶ 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. Den kommun som rapporterat in flest dödsfall i

⁶ www.palliativ.se

Västra Götalandsregionen är Dals Ed med 80.85 procent, Bollebygd hamnade på tredje placering i Västra Götaland med 80 procents täckningsgrad. Ulricehamn som är en grannkommun i Södra Älvsborg hamnade på andra plats med 80.08 procent.

Diagram 2. Inrapporterade dödsfall, täckningsgrad i Västra Götalandsregionen 2017



Webbutbildning i allmän palliativ vård i samverkan med Västra Götalandsregionen, samordningsförbundet Västkom och Boråsregionens kommunalförbund har påbörjats under året. Utbildningen fortsätter under 2018.

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 att uppnå 90 procent, nåddes inte. Nationellt resultat visar 46.5 procent, i Västra Götalandsregionen 38.6 procent och i Bollebygds kommun 73.3 procent. Jämförelse med Ulricehamns kommun som uppnådde 8.4 procent trots sin andraplacering av

inrapporterade dödsfall. Det beror alltså inte på hur många dödsfall som rapporteras utan om innehållet i dokumentationen. Dals Eds kommun uppnådde 92 procent.

Diagram 3. Resultat Bollebygds kommun 2017

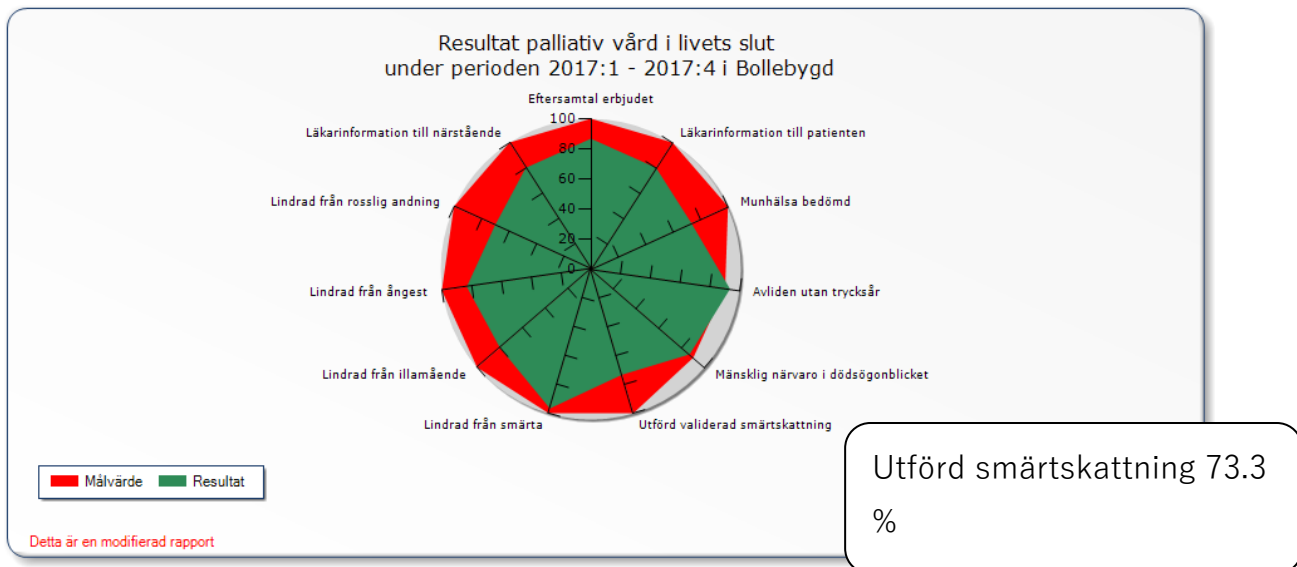
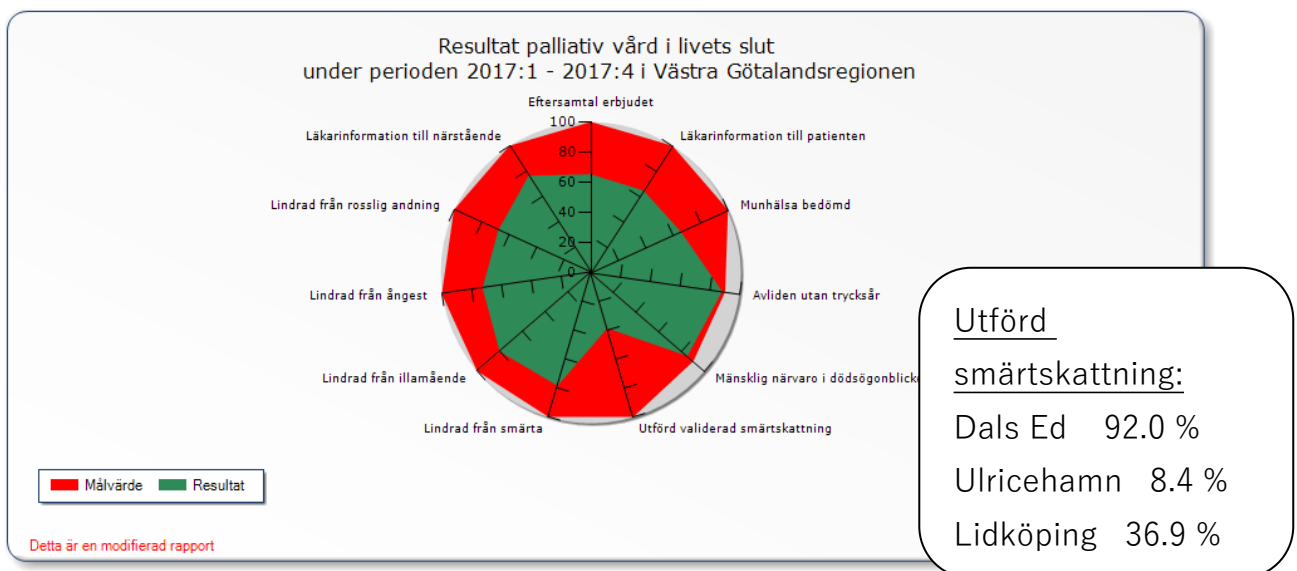


Diagram 4. Resultat alla kommuner i VG 2017



Förbättringsförslag 2018

- Bollebygd har ett mycket bra resultat jämfört med kommunerna i Västra Götaland av utförd vård, dock kan journaldokumentationen bli bättre.

-
- Nya direktiv från Svenska palliativregistret från årsskiftet 2018 innebär ett annat sätt att arbeta med mål och mätetal. Det har medfört att förhållningssätt och dokumentation har setts över och processas under våren, för att tydliggöras för alla.
 - Samtlig personal ska genomföra webbutbildning i allmän palliativ vård.
 - Erfarenhetsutbyte, bjudit in Dals Eds kommun för att ta lärdom av dem.

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 NPI⁷. 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.

Den senaste mätningen visar att Bollebygd har något högre NPI-poäng, men något bättre resultat gällande bemötandeplan jämfört

⁷ NPI- Neuro Psychiatric Inventory är ett mått på vårdtyngd

med föregående mätning. Olämpliga läkemedel har minskat markant från föregående år och jämfört med Västra Götaland och riket. Läkemedelsöversyn enligt BPSD visar 100 procent mot ca 85 procent i riket, vilket påvisats i de tre senaste mätningarna.

Diagram 5. NPI- poäng åren 2015- 2017 enligt BPSD

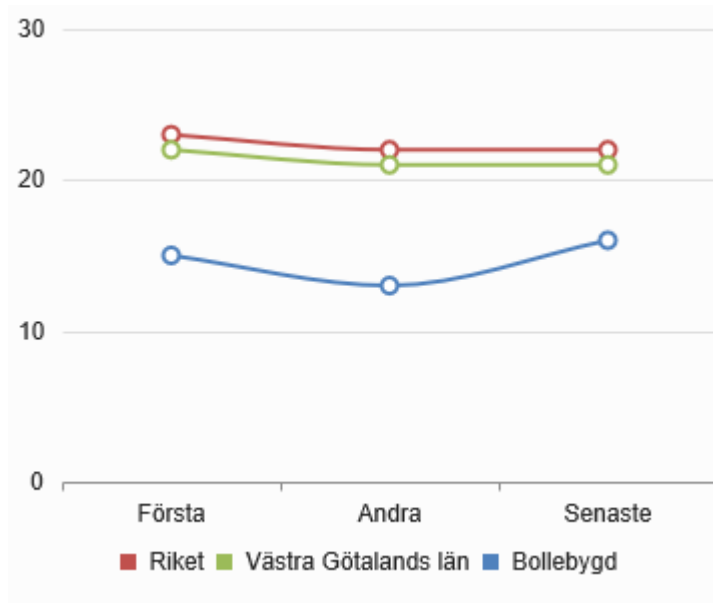


Diagram 6. Bemötandeplan enligt BPSD

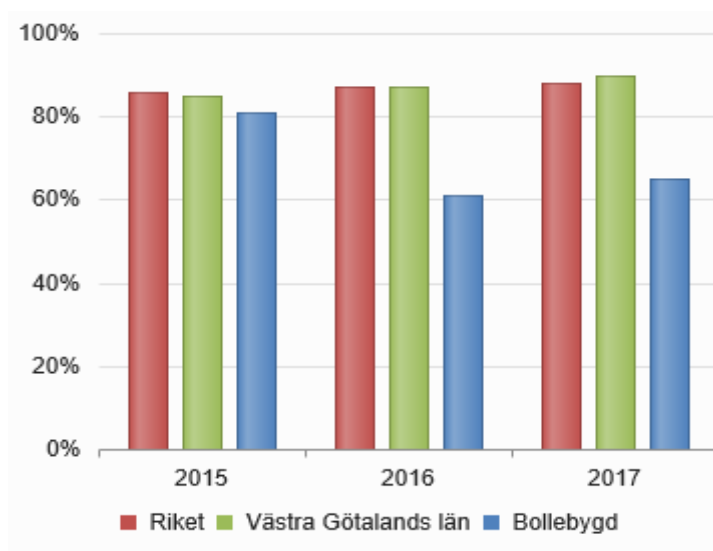


Diagram 7. Olämpliga läkemedel enligt BPSD

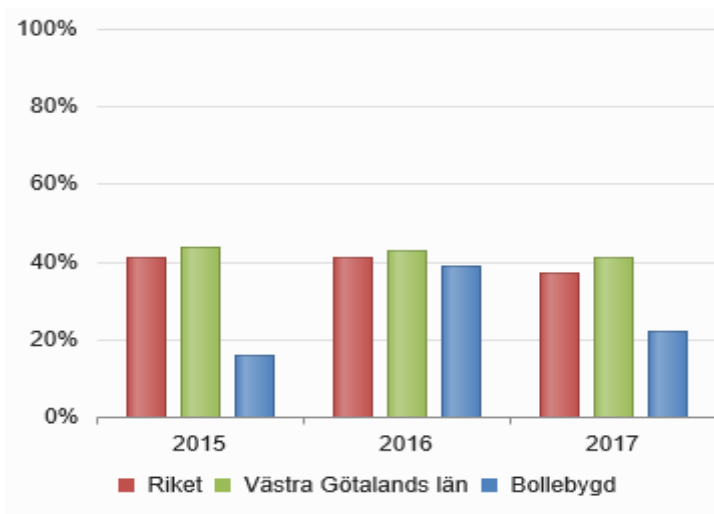
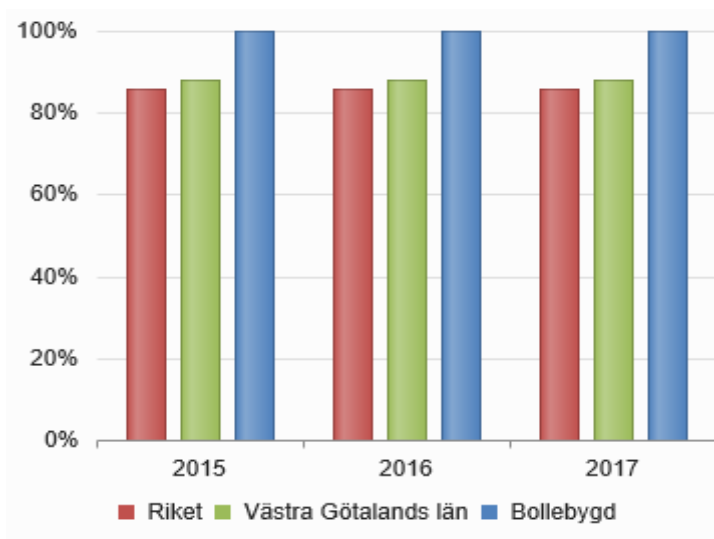


Diagram 8. Läkemedelsöversyn genomförd enligt BPSD



Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom⁸

uppdaterades under hösten 2016 och en lokal handlingsplan är framtagen som ett verktyg för verksamheterna. Utbildning har skett för biståndshandläggare i demenssjukdomar, vilket var ett förbättringsförslag från föregående år.

Förbättringsförslag 2018

- Fortsatt arbete med nationella riktlinjer och lokal handlingsplan.
- Fortsätta öka andelen bemötandeplaner.

⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-7>

Hygien

Svenska HALT

Svenska HALT⁹ 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. Bollebygds kommun deltog första gången år 2016.

År 2017 inkluderades 79 patienter, varav 9 korttidsvårdade, 52 kvinnor och 27 män, 45 stycken var över 85 år. (2016 inkluderades 72 stycken, varav 8 på korttiden, 31 män och 41 kvinnor, 40 stycken över 85 år). På särskilt boende var endast en bekräftad infektion och två stycken antibiotikabehandlingar (2016 fanns två infektioner och fyra 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. Vårddygnssindikatorerna visar att Bollebygd har samma resultat jämfört med riket, förutom andelen med inkontinensproblem, som ökat från föregående års mätning. Riskfaktorer såsom förekomst av urinkatetrar har minskat markant och är även bättre än det nationella resultatet. Även förekomst av trycksår har ett bra resultat.

⁹ HALT = Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities

Diagram 9. Vårdtyngdsindikatorer HALT- mätning

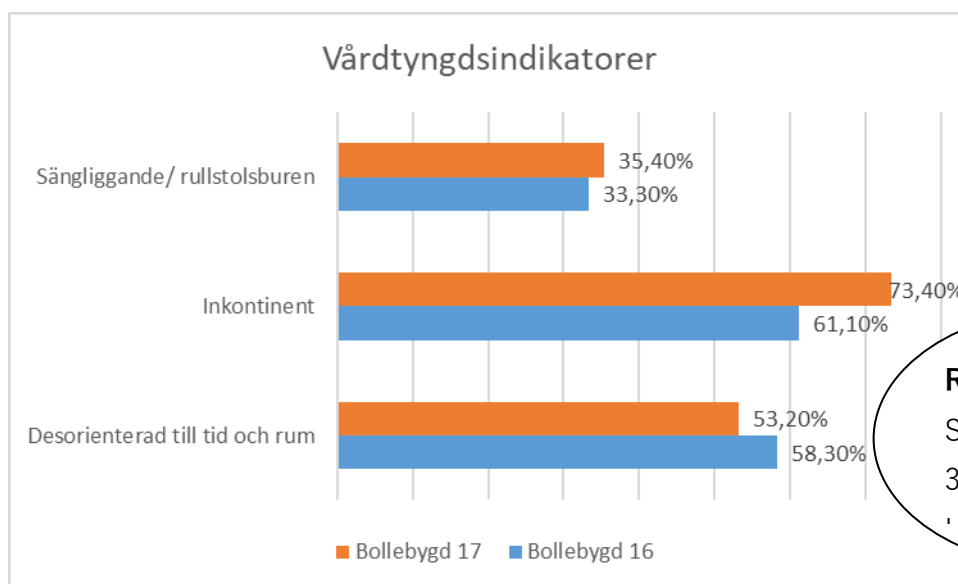
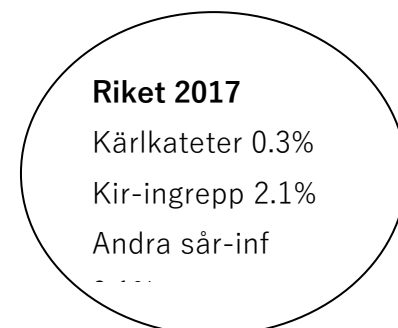
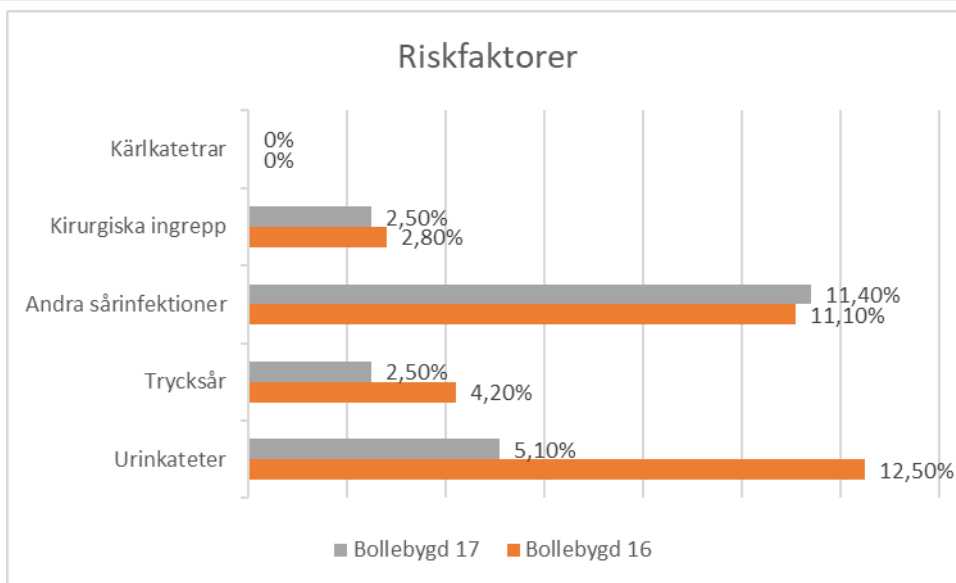


Diagram 10. Riskfaktorer HALT- mätning





Förbättringsförslag 2018

- Arbete fortsätter tillsammans med Högskolan Borås med projekt om inkontinens. Utbildning till personal men i första hand ur ett ledarskapsperspektiv för att arbeta med attityder till toalettvanor och rätt inkontinensskydd.

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Årligen sker en punktprevalensmätning¹⁰ 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*

¹⁰ Punktprevalensmätning = PPM- mätning av basala hygienrutiner som är den andel av personalen som utför arbetsmoment enligt basala hygienrutiner vid en viss tidpunkt

nagellack och konstgjort material och uppsatt hår. Meningen är att samtliga steg ska vara korrekta. Trenden har vänt och det utfördes 35 stycken observationer 2017, det är 14 stycken fler jämfört med föregående år.

Diagram 11. Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler PPM-mätning 2017

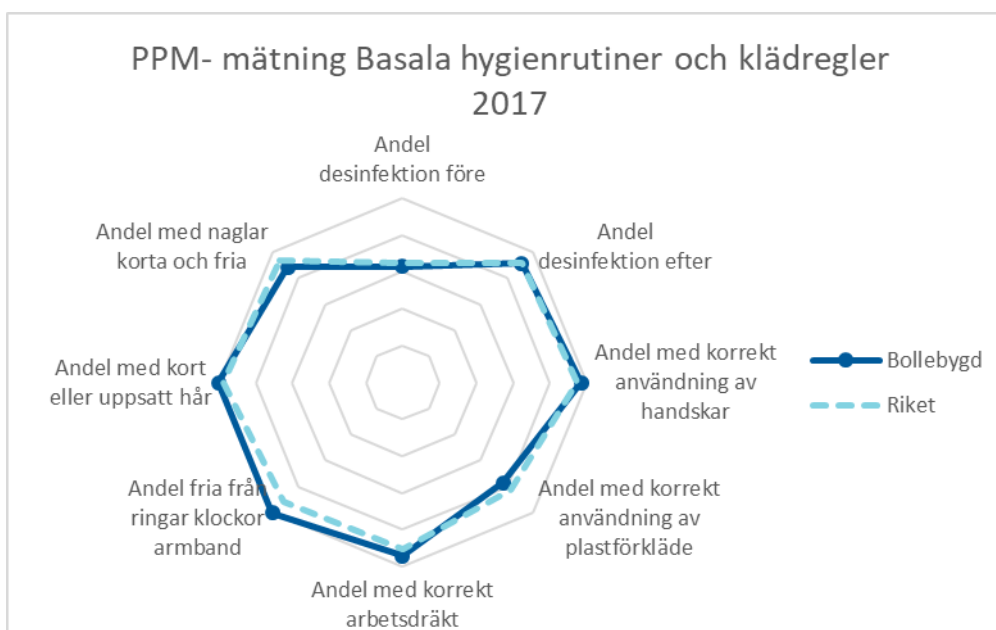
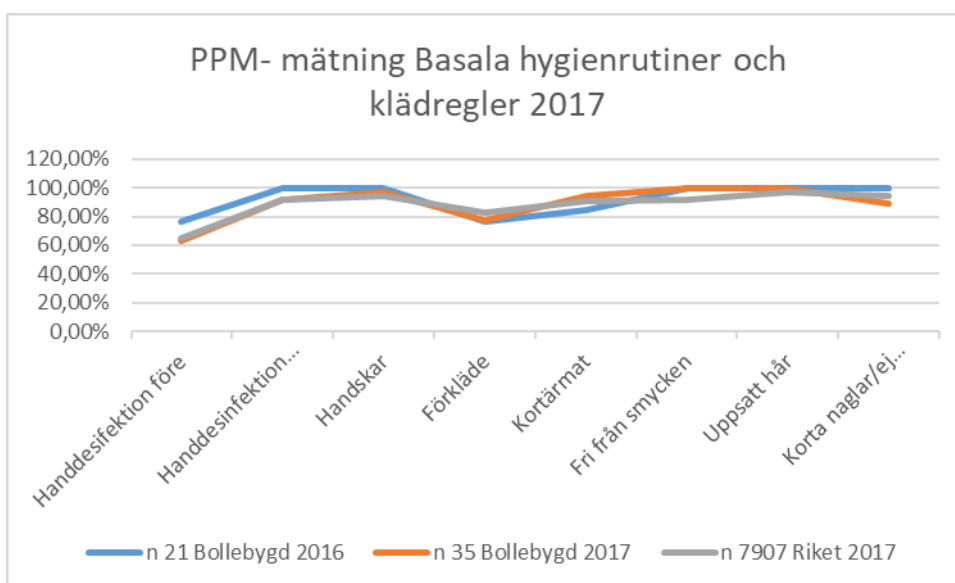


Diagram 12. PPM- mätning 2017



Förbättringsförslag 2018

- Öka andelen med handdesinfektion före vårdnära arbete.
- Införa hygienkörkort, som ett led att kvalitetssäkra det vårdhygieniska arbetet.
- Tänka på att prata om riskfaktorer i arbetet.

Självskattning av följsamhet till kommunens basala hygienrutiner

Två gånger per år ska all personal utföra självskattning enligt MAS 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 chefer får underlag för vidare diskussion i personalgrupperna. Hygienombuden ansvarar att självskattning utförs. Samtliga enheter har utfört egenkontrollen förutom Rehabenheten och Gruppbostad LSS.

Förbättringsförslag 2018

- Samtliga enheter behöver bli bättre på att genomföra handdesinfektion före vårdnära arbete och på några enheter använda förkläde i högre utsträckning.
- Hemtjänst behöver dessutom öka följsamheten till rutin för naglar och hår.
- Natten behöver öka handskanvändning och rutin för smycken.
- Webbutbildning i basala hygienrutiner för alla.
- Information och genomgång av hygienkörkort för samtlig personal.
- Dialog på enheterna om varför PPM- mätningen (då hygienombuden observerar) skiljer sig mycket från självskattningens resultat.

Egenkontroll – Vårdhygienisk standard inom kommunal vård- och omsorg

En gång per år genomför enhetschef tillsammans med hygienombud på enheten en egenkontroll, enligt checklista. Egenkontrollen utgår från Vårdhygien vid Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Syftet är att uppnå en hygienisk standard och identifiera vårdhygieniska förbättringsmöjligheter enligt en enkel och begriplig metod. En handlingsplan ska upprättas i de fall en brist konstaterats. Resultatet för 2017 har genererat några punkter för samtliga enheters handlingsplaner. Det handlar om allt mellan ren och oren sida i sköljen, om tvätthantering, akrylnaglar, utbildningsmöjligheter och om de basala hygienrutinerna och klädreglerna inte följs, leder till någon påföljd för den anställde.

Förbättringsförslag 2018

- Samtliga enheter arbetar vidare med handlingsplanen och dess uppföljning på ett kvalitativt sätt.

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 och säker vård. Det gäller framförallt antal med mer än tio läkemedel och polyfarmaci¹¹ dvs samtidig behandling med mer än tre psykofarmaka¹².

Samtidig behandling med *tio eller fler läkemedel*, regelbundet eller vid behov, innebär ökad risk för biverkningar,

¹¹ Polyfarmaci är samtidigt behandling med tre eller fler psykofarmaka

¹² Psykofarmaka är läkemedel mot psykos, depression, ångest, oro och sömnrubbningar

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. Andel genomförda läkemedelsgenomgångar uppkom till 95 procent.

Antal läkemedel kan fungera som en riskmarkör i samband med förebyggande insatser såsom läkemedelsgenomgångar. Antal 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	2016	2017
Antal läkemedelsansvar, helt/ delvis 122/27	112/27	
Antal dosexpedierade (Apodos)	86	91
Antal läkemedelsdosetter	54	44
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar 171	69	
Polyfarmaci	10	16
Antal med urinkateter	13	9
Antal med urininkontinens/ inkontinensskydd 91/90	88/93	
Arbetsterapeuter	2016	2017
Individuell förskriften rullstol	73	73

Hjälpmedel för kognitiv funktion	3	3
Elektronisk almanacka	ej frågat	7
Läkemedelskarusell	2	0

Fysioterapeuter	2016	2017
TENS- behandlingar	7	2
Akupunktur	1	0
Mobil golvlyft	7	7
Träning som utförs av omvårdnadspersonal	21	5

Förbättringsförslag 2018

- Fortsätta påverka vårdcentralen att öka antal dosexpierade¹³ läkemedel och därmed minska antalet dosetter, som är en riskfaktor vid delningstillfället samt vid transport ut till ordinärt boende.
- Fungerade Trygg hemgångsteam, eftersom behovet efterfrågas och behövs, samt att den nya lagen om Samverkan vid utskrivning från slutenvården kräver ett snabbare och effektivare förlopp.
- Delegering vid förflyttning och hantering av mobila lyftar, för ökad säkerhet.

Utförda bedömningar i Procapita

Tabell 1.

2015

2016 2017

¹³ Dospåse/ Apodos är färdigdosa påse med läkemedel, delad och packad från apotek

ADL- bedömningar ¹⁴ (<i>förmåga av vardagliga aktiviteter i livet</i>)	2	2	1
Fallriskbedömning	27	41	17
Minnestest (<i>bedömning vid demensutredning</i>)	10	15	14
Bedömning av undernäring	22	23	41
Trycksårsbedömning	21	31	11
Symtomskattning enl. LÄR UT (<i>läkemedelsbiverkningar</i>)	73	73	11 0
Blåsdysfunktion	-	-	16

Förbättringsförslag 2018

- Dokumentera bedömningar som görs i Procapita och Senior alert även om det leder till dubbeldokumentation (trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion).
- Öka antalet ADL- bedömningar och utreda om andra bedömningsinstrument ska införas.
- Öka antal fallriskbedömningar och arbeta med fallprevention.
- Öka antal riskbedömningar av blåsdysfunktion och arbete med inkontinens.

Kvalitetskontroll och granskning av hälso- och sjukvården

Granskning av dokumentation i patientjournaler

Granskning har skett av patientjournaler vid återkommande tillfällen under året i syfte att öka kunskap om användning i dokumentationssystemet för användarna. Exempel på kontroll är om samtycke, rätt kontaktuppgifter, medicinska diagnoser och om

¹⁴ 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

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 ICF¹⁵-systemet i journalen. Workshop sker en gång per år för att kvalitetssäkra och utveckla dokumentationen och återkoppla samt vidareutveckla denna. Utbildning har skett till timanställda och semestervikarierande sjuksköterskor både i Procapita-dokumentation samt NPÖ (Nationell Patientöversikt). Sedan lång tid har uppmärksammats att informationsflödet mellan hemtjänstpersonal och hemsjukvård inte är optimal. Detta har medfört allvarliga avvikelser under 2017 som resulterat i två händelsanalyser för att kartlägga förlopp och ge förslag till förbättring. Det som framkommit är att det saknas digital kommunikation mellan de olika yrkesfunktionerna för att säkerställa vården.

Brister som kräver åtgärd 2018

- Fortsätta med utbildning i ICF- dokumentation och verksamhetssystemet Procapita samt NPÖ, för vikarierande sjuksköterskor.
- Genomföra kollegial dokumentationsgranskning med all legitimerad personal i syfte att utveckla kompetens och följa utveckling.
- Plan att införa HSL- dokumentation i Procapita för omvårdnadspersonal, eller

¹⁵ ICF= Internationell klassifikation av funktionstillstånd, dokumentation enligt internationell standard

att på annat sätt säkerställa digital kommunikation mellan yrkesgrupperna HSL och SoL.

Kvalitetskontroll Läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning i form av självskattning om läkemedelshantering har skett med 11 sjuksköterskor (samtliga som arbetar dag). Självskattningen innefattar iordningsställande och administrering, förvaring, nyckelhantering, ordinationshandlingar, signeringslistor, dokumentation, narkotika samt kontroller.

Brister som kräver åtgärd 2018

- Iordningsställande av läkemedel måste i högre utsträckning ske i ostörd miljö.
- Det ska tydligt framgå på ordinationsunderlaget om patienten har både Apodos och läkemedel som ska iordningsställas bredvid.
- Förtydligande av signum ska vara ifyllt på särskild lista för delegerad personal.
- Fullmakt ska dokumenteras i patientjournalen, enligt rutin.

Granskning av patientbundna läkemedelsskåp

Med anledning av inkomna svar av självskattning har granskning genomförts.

Vid kontroll av sjuksköterskornas patientbundna läkemedelsskåp uppmärksammades att fyra stycken så kallade "Afrikaförråd" fanns.

Brister som krävde omedelbar åtgärd:

- Bortrensning av förråd som inte får förekomma.
- Läkemedel som förvaras i gemensamt skåp ska tydligt förvaras i en märkt back/låda.

Kvalitetskontroll av Kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF)

Kontroll har skett av det kommunala akutläkemedelsförrådet gällande följsamhet

till rutin för kassation av läkemedel och om förbrukningsjournal förs korrekt.

Det fanns inga brister vid kontrollen. Allt var i sin ordning.

Kvalitetsgranskning av Gruppbostad LSS

Innehållet i granskning av verksamheten är hur de basala hygienrutiner och klädregler efterföljs, hur samverkan med andra inom och utom verksamheten sker, om teamträffar fungerar med vård och- omsorgsplanering, kvalitet av dokumentation, om MAS rutiner för hälso- och sjukvård är känt och efterlevs tex. hur delegeringsutbildning fungerar, hur avvikelshantering och klagomålshantering fungerar, samt om kvalitetsledningssystemet är känt.

Brister som krävde omedelbar åtgärd:

-Bristande följandet till hygien enligt författning: Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg: SOSFS 2015:10. Det framgick att personalen inte har fått arbetskläder eller tillgång till skåp att förvara privata kläder, trots att detta skulle ha genomförts årsskiftet 2016.

-Rutin för klagomål bör uppmärksammas.

-Forum för teamträffar bör finnas.

-Dokumentation i word- dokument i G- mappen får inte förekomma oavsett om det gäller SoL / LSS eller HSL- dokumentation. I det här fallet gällde det SoL- dokumentationen.

-Ansvar för den sammansatta vård och omsorgsplaneringen i samband med att person flyttar in på gruppbostad eller kommer till

korttid och har hälso- och sjukvårdsbehov, måste tillgodoses optimalt.

-Egenvårdsbeslut kan vara en komplicerad uppgift men ska på ett strukturerat och tillfredsställande sätt fungera.

-Planering för utbildning i delegering måste ske regelbundet.

-Kvalitetsledningssystem ska integreras i hela förvaltningen för omsorgen och bli känt för alla, både chefer och personal.

Kvalitetsgranskning av Gruppbostad Demens

Samma kvalitetsbedömning genomfördes som i Gruppbostad LSS.

Den visade inga brister som krävde omedelbar åtgärd, dock bör dokum-

entationen säkerställas eftersom USB-minne används, som ej är tillåtet (gäller

SoL-dokumentation).

-Kvalitetsledningssystem ska integreras i hela förvaltningen för omsorgen och bli känt för alla, både chefer och personal.

Granskning av uppföljning för Rehabiliteringen

MAS har granskat hur Rehabiliteringen har genomfört hjälpmedelsuppföljning med anledning av den uppkomna bristen på fysioterapeuter, vilket kan ha medfört patientsäkerhetsrisk som inte är förenligt med god och säker vård. Varje hjälpmedel som förskrivs ska följas upp utifrån förskrivansvar och rutin. Vid kontrollen var 92 ärenden inte uppföljda. Uppföljning genomfördes omgående och rättades till.

Problemrappport om uppkomna brister

Med anledning av brist i samverkan, förståelse och planering i hemtjänstens ledning, påverkas patientsäkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. Det som uppmärksammats var att provtagning och såromläggning ifrågasattes/inte utfördes enligt

ordination, larmtelefoner som inte någon svarar i då legitimerad personal önskar kontakt med hemtjänstpersonal vid akuta händelser, avvikelser av allvarlig karaktär som inträffat i verksamheten av olika anledningar och som lett till händelsanalyser, palliativ vård som beslutats av person utan beslutsmandat och obefintlig arbetsledning vid komplicerade egenvårdsbeslut samt HSL- uppdrag som legitimerad personal har beställt som inte verkställts, vilket medfört patientskada.

Brister som kräver åtgärd:

-Samtliga brister kräver åtgärd som inletts av socialchef.

Vaccination mot säsongsinfluensa

Eftersom personer över 65 år tillhör riskgrupp 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. Föregående år var det färre inskrivna i hemsjukvården, varpå andel skiljer sig åt.

	2016	2017
Antal utförda vaccinationer		122
121		
Andel vaccinerade	72 %	67 %

Utförda kontroller av medicintekniska produkter (MTP)

Egenkontroll för god patientsäkerhet vid användning av medicintekniska produkter ska ske enligt rutin och är en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Kontrollerna har genomförts på

samtliga enheter på ett föredömligt sätt. Uppmärksammats har avsaknad av fotstöd till transportrullstol, missljud på bromsplatta, att madrasser behöver bytas ut och att ryggstöd på hygienstol gått sönder. Under 2017 infördes ytterligare kontroll för sittdynor och madrasser, i syfte att eliminera risk för tryckskador samt 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 munhälsobedömning och de ska även erbjuda all personal utbildning i munvård/ munhälsa som genomförs kostnadsfritt. Det var endast 4 stycken omvårdnadspersonal som erhöll en tvåtimmarsutbildning 2017 (20 stycken 2016).

En del patienter tackar nej till munvårdserbjudande. Nedan kan ses alla som erhållit munhälsobedömning under det gångna året. Inom hemtjänstområdet är det bara hälften som fått en munhälsobedömning av dem som tackat ja, vilket kan ses som en avvikelse att Folktandvården inte levt upp till avtalet. Inom personlig assistans har de flesta ett intyg men väljer att gå till sin egen tandläkare och avstår därför munhälsobedömning.

Tabell 2. Utfall antal genomförda munhälsobedömningar 2017

Hus A	Hus B	Ordinärt boende	LSS-boende	Personlig assistans
23	33	9	4	1

Förbättringsförslag 2018

- Utbildning måste genomföras under året för all personal som tidigare inte genomgått detta.

-
- Kommunera med Folktandvården om att säkerställa utförande av munhälsobedömning i hemtjänsten.

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 med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS med myndigheter och med andra vårdgivare.

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 Välfärd

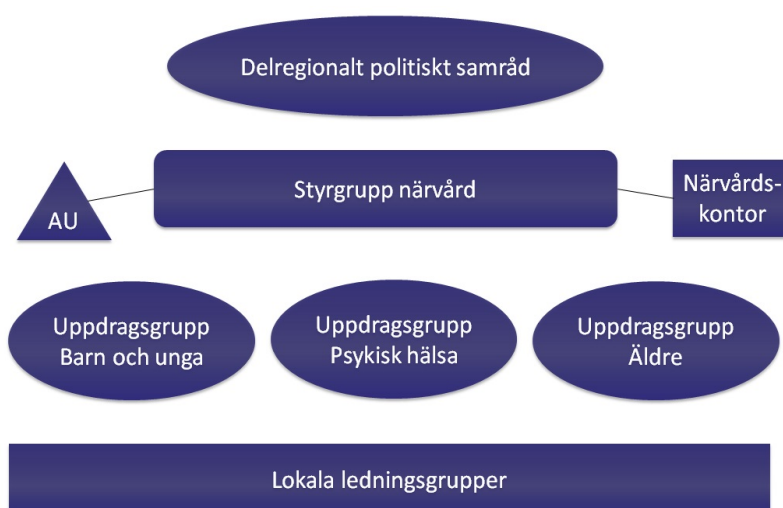
Avtalet för medlemskommunerna, FoU Sjuhärad Välfärd och Högskolan Borås, omfattar intressen för att identifiera och prioritera vilka utmaningar inom välfärd och utveckling som kan leda till arbete, implementering och beforskning och därmed bidra till bättre praktik. Några aktuella teman för FoU-insatser har hittills valts: välfärdsteknologi, social dokumentation, integration, hållbart ledarskap samt attityder kring bemötande. Arbete har även skett

med påtryckning om att införa socionomutbildning i Borås, för att underlätta rekrytering i Sjuhärad.

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 hälsa samt 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 Götaland¹⁶

Överenskommelsen med SKL¹⁷ 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.

Pågående projekt¹⁸ 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 mobil specialiserad och sömlös vård utifrån ett symtomorienterat helhetsperspektiv.

Mobila vårdcentralsläkare är ett projekt som genomförts mellan kommunens sjuksköterskor och Närhälsan i

¹⁶ <http://www.vgregion.se/detgodalivet>

¹⁷ Sveriges kommuner och landsting www.SKL.se

¹⁸ [Länk till Narvardssamverkan-Sodra-Alvsborg Projekt](#)

Bollebygd i syfte att stödja arbetet med utveckling av planerad verksamhet och förenklade kontakter. 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. I Bollebygd sker hembesöken varannan tisdag och totalt genomfördes 46 stycken under maj till december 2017.

Efter utvärdering är alla mycket nöjda, både gällande Närsjukvårdsteam och Mobila vårdcentralsläkare, ytterligare utvärdering kommer att ske under 2018 med djupintervjuer och enkäter.

Projektet Samsjuklighet finns mål att kommuner, psykiatri och primärvård i samverkan ska arbeta för 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.

Handlingsplan psykisk hälsa 2018- 2020 har regeringen pekat ut fem fokusområden, - förebyggande och främja arbete, tillgängliga tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation. Kommunen har

erhållit statliga medel som gör det möjligt att göra mycket kring den psykiska hälsan för alla medborgare. Allt från arbete med anknytningsproblem i spädbarnsåren, föräldrastöd, program för nyanlända, utbildning i suicidprevention, missbruk och den äldre människans behov av insatser för ökat välbefinnande.

Mini Maria handlar om att det på nationell nivå finns ambition om att utveckla integrerade mottagningar så kallade Mini- Marior för att kunna möta barn och unga vuxna som har frågor eller bekymmer kopplade till alkohol och droger. Projektet är ett samverkansprojekt mellan specialistpsykiatri, primärvård och kommunerna. Arbetet är i startgroparna.

Tillfällig uppdragsgrupp Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård är startad med tanke på den nya lagen som ersätter betalningsansvarslagen. Samordning ska ske snabbare vid utskrivning från slutenvården. Primärvården har fått ansvar för vårdplanering. Kommunerna har tre kalenderdagar istället för fem arbetsdagar för att ta hem utskrivningsklara patienter. Det medför tex. tidigare hemtjänstinsatser och större förråd av förflyttningshjälpmedel i kommunerna.

Tidiga insatser finansieras med ansökan om sociala investeringsmedel kring tidig upptäckt och tidiga insatser för utsatta barn och barn med specifika behov. Barn med neuropsykiatriska funktionshinder ska upptäckas i tid, få vård, stöd och insatser som är effektiva och samordnade mellan kommunerna och Västra Götalandsregionens verksamheter. Insatserna ska utgå från jämlika insatser, oavsett bostadsort inom Södra Älvsborg. Det kommer

bedrivs som ett pilotprojekt under 2018 i Marks kommun för att sedan spridas och implanteras i hela Södra Älvsborg.

Övriga samarbets- och utvecklingsområden/samarbetspartner:

- Nytt avtal 2017 som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna
- Överenskommelse om läkarmedverkan med Närhälsan, Bollebygd
- Nytt samarbetsavtal om hjälpmedelsförskrivning med Västra Götalandsregionen
- Avtal med Hjälpmedelscentralen om service av hjälpmedel av kommunens grundutrustning
- Nytt avtal med Inera om HSA- policytillämpning för producent via HSA- katalog¹⁹.

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

Arbete med PDSA- hjulet

¹⁹ HSA- katalog= Hälso- och sjukvårdens adressregister

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. Dataskyddsförordningen (GDPR²⁰) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer från och med den 25 maj 2018. Förordningen kommer att innebära en hel del förändringar för de som behandlar personuppgifter men även stärkta rättigheter för den enskilde när det gäller personlig integritet. Flertalet riskanalyser har skett.

För övrigt sker loggkontroll av hälso- och sjukvårdspersonal varje månad och granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring, enligt patientdatalagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

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

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 hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionshinderverksamhet är av god kvalitet med hög

²⁰ GDPR General Data Protection Regulation

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, legitimerad personal och ansvarig nämnd. Vid större eller allvarliga händelser sker en gemensam händelseanalys med åtgärdsplan.

Under 2017²¹ rapporterades totalt 1358 stycken hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket motsvarar 191 fler än föregående år. 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 ses det totala antalet avvikelser i diagram 13- 14.

Resultat 2017

Diagram 13. Totalt antal avvikelser över tid

²¹ 2016 rapporterades totalt 1167 stycken avvikelser

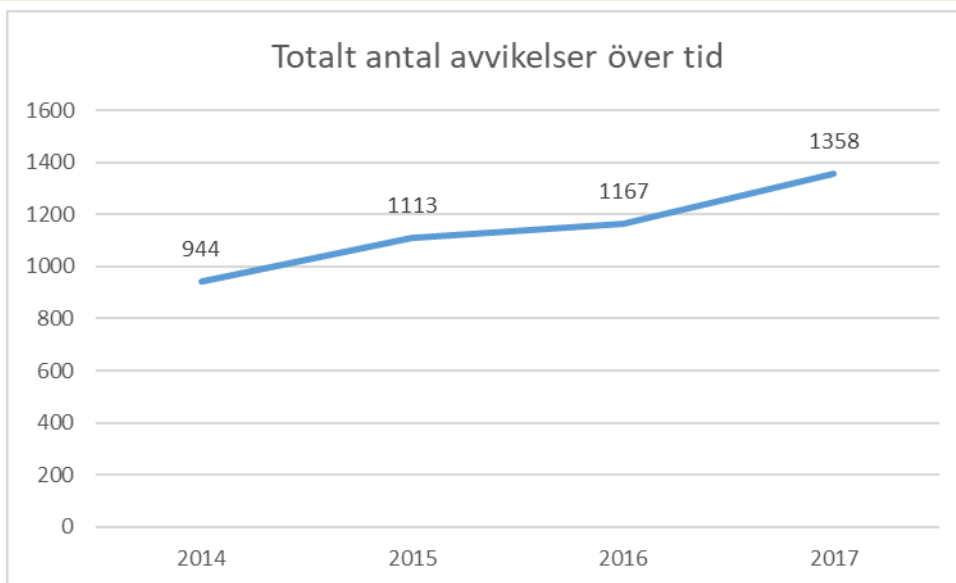
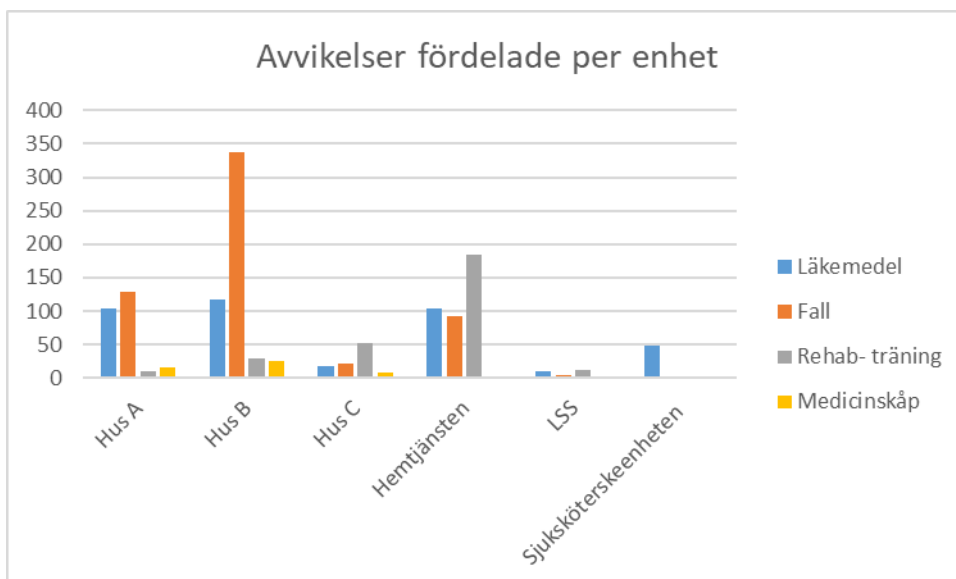


Diagram 14. Fördelning av avvikelser per enhet 2017



Fallolyckor

Totalt har 582 stycken fallavvikelser rapporterats, antalet fallolyckor har ökat med 54 stycken från föregående år.

Diagram 15. Totalt antal fall per enhet

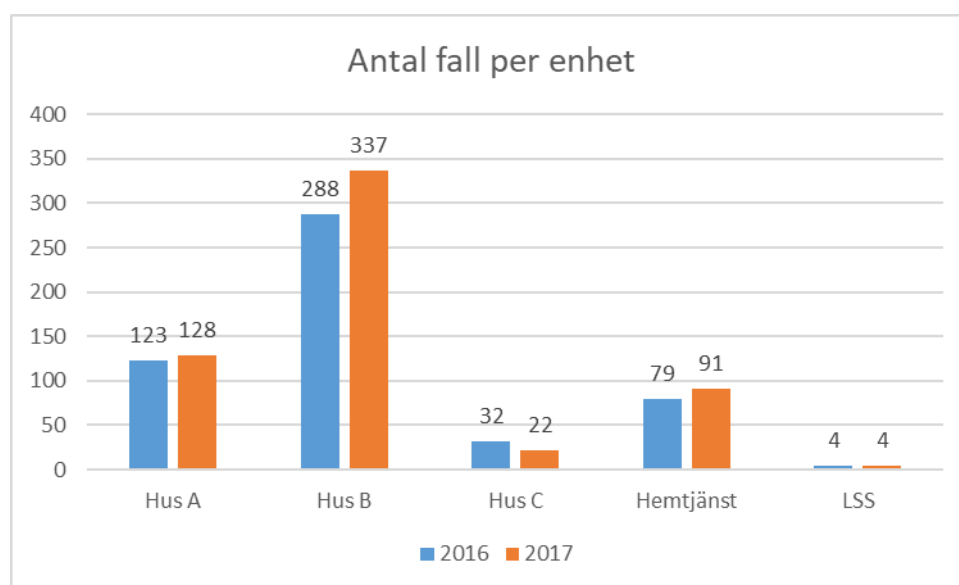
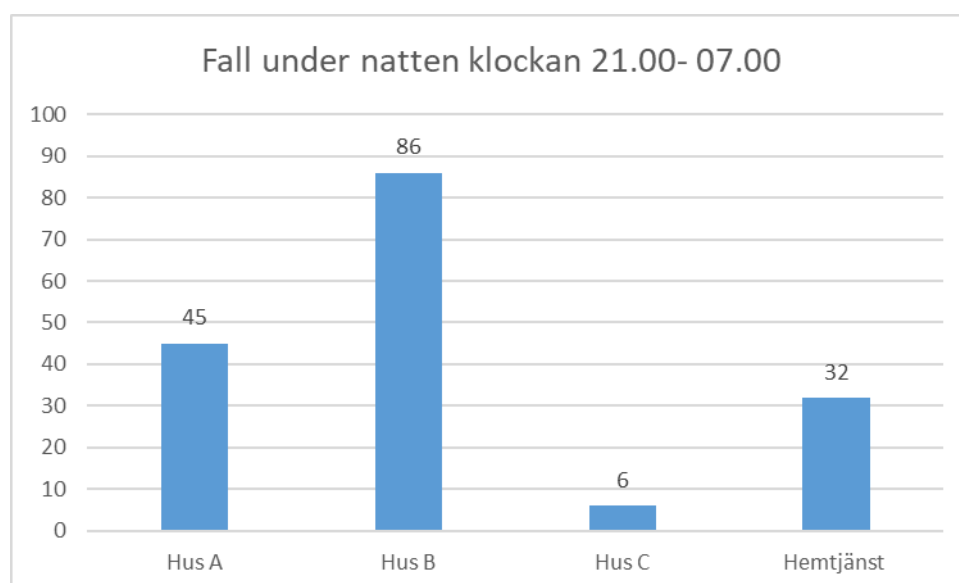


Diagram 16. Fall under natten per enhet



Antalet fallolyckor nattetid uppkom till 169 stycken, vilket är 29 färre än 2016. Totalt sker flest

fallolyckor på tisdagar 95 stycken och minst antal 67 stycken på lördagar. 10 stycken frakturer har rapporterats, samma antal som föregående år. Flest fall sker i sovrummet 256 stycken, i trappa endast 2 stycken. Vid 366 tillfällen är patienten ensam vid fallet. 52 fall har skett då närstående/ besökare varit närvarande. När patienten reser sig/ sätter sig sker flest fall 140 stycken, vid förflyttning 117 stycken, men även då patienten står stilla har 8 fallolyckor inträffat.

Rollator är involverad 89 gånger och rullstol 76 gånger, olämpliga skor har uppgetts 30 gånger. Vid 450 tillfällen nämns inget känt symptom i samband med fallet. 50 gånger uppges förvirring, oro 40 gånger, yrsel 29 gånger och urinträngning 20 gånger. Sårskada 52 gånger, mjukdelsskada 36 gånger och skallskada 2 gånger, ingen synlig skada alls 478 gånger.

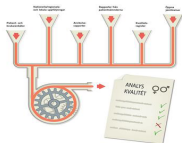
Ordinerade läkemedel²² som kan påverka falltendens var smärtstillande ordinerade 261 gånger, sömnmedel 61 gånger, diuretika 60 tillfällen och bensodiazepiner vid 19 tillfällen.

Fallriskbedömning är utförd 435 gånger och höftskyddsbyxor användes vid 174 fallolyckor.

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*



²² Diuretika = vätskedrivande medel

Bensodiazepiner = lugnande medel

Tabell 3. Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning av fallolyckor

Hus A	Orsak	Åtgärd
	Ej uppdaterad genomförandeplan. Ej tillräckliga tillsynsbesök. Kommunikationsmissar om specifika förflyttningar.	Läsa och följa förflyttningsinstruktioner. Uppföljning på team 1 g/månad. Senior alertombud rapportera om åtgärdsplaner. Webbutbildning fallförebyggande åtgärder.
Hus B	Orsak	Åtgärd
	Fallförebyggande arbete fungerar inte och uppföljning försvåras. Ökad sjukfrånvaro, trygghetstur försvinner. Digitala problem med inloggning i Senior alert.	Planering och uppföljning var 6:e vecka. Struktur/årshjul för arbete i registren. Ombudsträffar, bemanningsplanering, vårdtyngdsmätning. Investering digital teknik. Webbutbildning fallförebyggande. Utbildning i BPSD- registret.
Hus C	Orsak	Åtgärd
	?	?
Hemtjänst	Orsak	Åtgärd
	Glömmer att använda sitt hjälpmedel.	Öka kompetens om fallförebyggande. Se över insats- och hjälpmedelsbehov.

Förbättringsområden 2018

- Fallförebyggande arbetet måste tydliggöras och efterfrågas.
- Utbildning till personalen och stöd till chefer.

- Ansvar för Senior alert samt inloggningsproblem måste prioriteras.

Läkemedel

Totalt har 396 stycken läkemedelsavvikelser rapporterats, en ökning med 22 stycken från föregående år.

Diagram 17. Läkemedelsavvikelser över tid

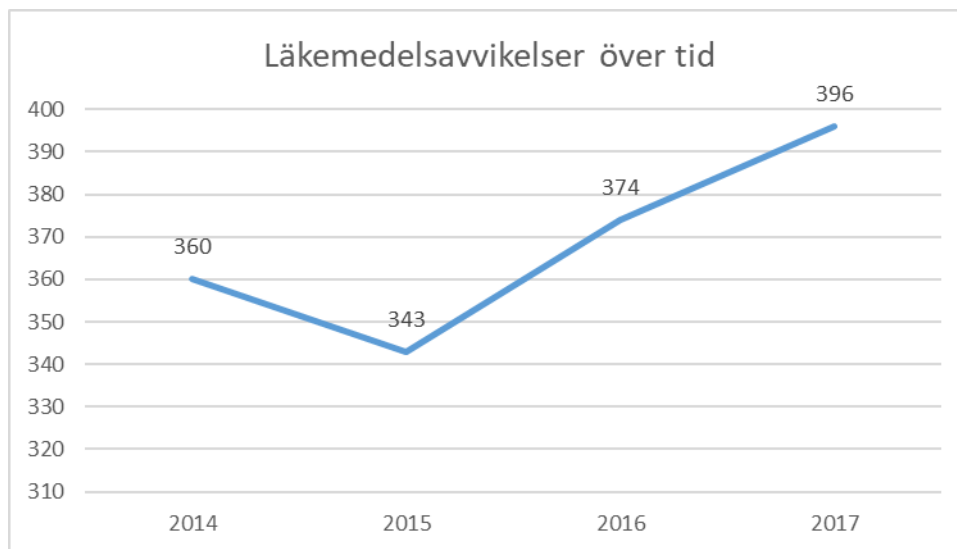
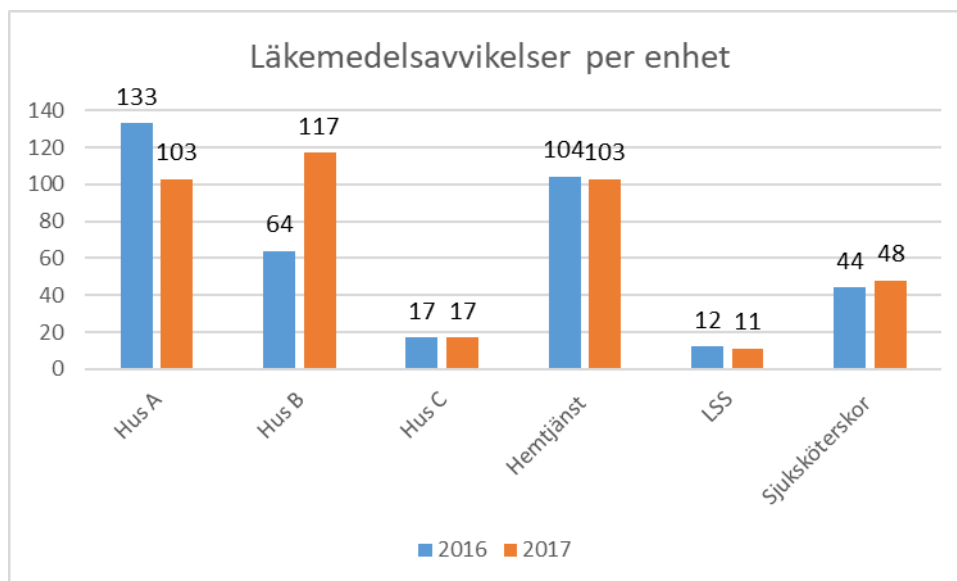


Diagram 18. Läkemedelsavvikelser per enhet



Hus A har minskat med 30 stycken. Hus B har nästa fördubblat antal rapporterade händelser jämfört med föregående år. Hus C, hemtjänst, LSS och sjuksköterskorna har samma antal händelser. Avglömd dos rapporterades 213 gånger, 28 färre än 2016. Antal med medicinsk påverkan är samma som föregående år (30 stycken) och har medfört smärta, sömnsvårigheter och oro då ordinerade läkemedel glömts av.

Två allvarliga händelser med felaktig insulingivning. Händelsanalyser är genomförda som visar stress, ej läst eller rapporterat ordentligt samt att digital kommunikation inte fungerar eller ens finns.

Ytterligare två allvarliga händelser har inträffat som lett till lex Maria- anmälan. Läkemedel har förväxlats och dubbel dos har givits. Båda händelserna har lett till konsekvens att delegering återkallats under en tid.

De flesta läkemedelsavvikelse sker på tisdagar (85 stycken) färre sker på fredagar och söndagar (43 stycken var). Mellan klockan 07,00-12,00 har 172 stycken händelser inträffat, mellan 12,00-16,00 har 83 stycken rapporterats samt mellan klockan 16,00-21,00 har 123 rapporterats. Morgon- och kvällsdoser är vanligast förekommande därav flest avvikelser.

Dosetter är involverade 169 gånger och Apodosrulle 143 gånger, från originalförpackning 71 gånger. Tabletter är den vanligaste beredningsformen med 363 tillfällen, flytande läkemedel 9 tillfällen och örondroppar vid ett tillfälle. Det vanligaste förekommande läkemedlet är smärtstillande som rapporterats 136 gånger.

Omvårdnadspersonal/ personliga assistenter är involverade 346 gånger, och sjuksköterska 48 gånger och läkare 2 gånger.

Som orsak anges kategori övrigt/ annat ca 200 gånger. Eftersom övrigt eller annat inte är lämpliga koder eller kategorier för att få ut rätt statistik, har Procapita byggts om från årsskiftet 2018, för att få mer exakt underlag för arbetet med samtliga avvikelser.

Tabell 4. Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning av läkemedelsavvikelser

Hus A	Orsak	Åtgärd
	Glömmer, stress, hög arbetsbelastning, dålig kommunikation. Narkotiska preparat har försvunnit, (fler på Hus A än på andra enheter).	Fördela resurser, spelregler för kommunikation, rutin checklista för daglig planering, webbutbildning om säker läkemedelshantering, fördjupning av HSL- uppgifter/ rutiner, jobba med PDSA /uppföljning och 1g/månad.
Hus B	Orsak	Åtgärd
	Hög sjukfrånvaro, ej delegerad personal, dålig kommunikation, följer inte rutin, introduktion och uppföljning går inte hand i hand.	Ökad kontinuitet och enhetschef som följer upp, förtydliga uppdragsbeskrivning och checklista, uppföljningssamtal, systematisk kvalitetsarbete på APT.
Hus C	Orsak	Åtgärd
	Hög arbetsbelastning, ovana vikarier.	Försöker hitta strategier, checka av och påminna varandra.
Hemtjänst	Orsak	Åtgärd
	Tiden för besöket stämmer inte, stress och larm som stör, signerar fel.	?
LSS	Orsak	Åtgärd

	Stress, följer ej rutin, brist på personal, svårt att rekrytera, fel/ ej uppdaterad läkemedelslista.	Telefonlarm för kom ihåg, prata på APT, kommunikation om förbättringar, förväntar sig att få uppdaterad lista.
Sjuk-sköterskor	Orsak	Åtgärd
	Stress, ökad arbetsbelastning, bristande dokumentation, felaktig läkarordination, många dosetter att hantera, otydliga signeringslistor, kontroll av dosetter och dess hantering svår.	Planering och ansvarsfördelning, försöka öka antalet Apodos, bemanna efter behov, göra riskanalys av organisatorisk och social arbetsmiljö, göra handlingsplan, kvalitetssäkra arbetet och följa rutiner.

Förbättringsförslag 2018

- Avvikelsemodulen i Procapita medför ett nytt omhändertagande för enhetschefer med tydligare struktur om orsak och uppföljning, även för statistikuttag.
- Införa digitala signeringslistor, (kvar från föregående år).
- Öka antal dosexpedierade läkemedel (Apodos), eftersom det blir fel i dosetterna trots dubbelkontroll.
- Delegeringsrutin uppdaterad med högre krav på webbutbildning samt teoretiska och praktiska övningar.

Utebliven rehabiliterande träning

Fysioterapeuterna har totalt rapporterat att delegerad träning uteblivit 288 gånger (1169 gånger 2016). 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.

Det minskade antalet avvikelser med träning och rehabilitering, beror på att det under året varit endast en fysioterapeut i tjänst och då personen slutade upphörde rapporteringen helt. De nya fysioterapeuterna har lagt fokus på att lägga över stor del av träningen som vardagsrehabilitering och egenansvar.

Tabell 5. Orsaksanalys och åtgärd för att förhindra upprepning av utebliven ordinerad träning

Hus A	Orsak	Åtgärd
	Missat signera/dokumentera, ej följt rutin, tidsbrist, dålig planering, dålig kommunikation.	Organisera det dagliga arbetet, ha underschema, dokumentera aktiviteter som bidrar till förbättrad kommunikation/struktur. Tydliggöra ansvar och påminnelse.
Hus B	Orsak	Åtgärd
	Brist i dokumentation, uppföljning, trots dialog på team. Oklarhet då träning förändras.	Individuella åtgärdsplaner från BPSD, och vardagsaktivering. Hållbart arbetssätt om teamets ansvarsfördelning.
Hus C	Orsak	Åtgärd
Hemtjänst	Osäker på rutiner, tackar nej, är ej hemma, all personal är inte med på verksamhetsmöten, mycket att lära sig.	APT med vikarier, utveckla rehab-ombudets roll.

LSS	Orsak	Åtgärd
	Brukaren fått annan träning, glömt att dokumentera, bristande rutin kring dokumentationen.	Information och utbildning hur dokumentation ska ske och varför.

Förbättringsförslag 2018

- Även om avvikelser gällande ordinerade rehabiliterande träning, blivit betydligt färre så bör en plan för orsak och fortsatta åtgärder vidtas på ett kvalitativt och strukturerat sätt.

Lex Maria- anmälan

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). Tre allvarliga händelser under 2017 har lett till vårdskada. Två har handlat om bristande läkemedelshantering i hemtjänsten och en att egenvårdsbeslut med Cpap- mask inte genomförts enligt plan inom personlig assistans.

Medicinteknisk produkt (MTP)

Elva stycken avvikelser rör medicinteknisk utrustning. Det rör sig om felanvänd utrustning som lett till fallskada. Handhavandefel av förflyttningshjälpmedel, lyftsele som använts felaktigt och en rullstol som tippat.

Sårvård/katetervård/ övrigt

Fyra avvikelser gällande felaktig omläggning eller felaktig hantering av kateter. Under kategori övrigt har 26 avvikelser rapporterats som

handlar om att blodsockerstickor tagit slut, finns inte på schemat att det ska med, en patient fick ett blåmärke då en lyft ändvänts fel, sondvälling blev försenad, rengöring av apparater ej genomförda, TENS- behandling ej genomförd, bristfällig kommunikation och nål till insulinpenna inte fungerat.

Olåsta medicinskåp

51 avvikelser har rapporterats som gäller olåsta medicinskåp. De flesta gäller Hus A och Hus B. Orsak till denna typ av händelse är kommunikationsbrist relaterat till ansvar, ingen uppföljning har skett med ny- delegerad personal, slarv och att det är sen upptäckt att skåp/ salto är trasigt. Enhetschefer arbetar med ökad kontinuitet, tydlig arbetsbeskrivning och uppföljningssamtal samt tidig åtgärd av trasiga skåp/ lås. Test med självlåsande skåp har skett på demensboendet med gott resultat. I kommande budgetplanering finns tanke om upphandling av självlåsande skåp, med start på demensboendet. Även övriga enheter kommer succesivt att få medicinskåp utbytta.

Avvikelser i vårdsamverkan

Totalt har Bollebygds kommun mottagit tre stycken avvikelser i vårdsamverkan från sjukhus och primärvård. De har handlat om; att vårdcentralen har skrivit avvikelse till socialtjänsten om bristande planering av barn och den händelsen gick vidare till sociala jouren, händelsen ledde även till en lex Sarah- anmälan. Vårdcentralen har påtalat att ett blodprov inte hade signerats av provtagaren och en remiss var felaktigt ifylld med personnummer och namn.

Från Bollebygds kommun har 23 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. Vi årsskiftet 2018 infördes en ny lag (2017:372) Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Lagen innebär att fler klagomål kommer gå till patientnämnden, eftersom patienten i regel inte längre ska vända sig till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) med sitt klagomål. Istället ska klagomålet utredas och besvaras av vårdgivaren, d.v.s. den juridiska person som bedriver vården. Denna skyldighet ställer stora krav på integritet och kunskap om regelverket.

Det har inkommit ett klagomål till patientnämnden som rör korttidsboendet som inte följt sjukhusets rekommenderade riktlinjer för näringstillförsel. Detta klagomål har inkommit till kommunen i form av telefonsamtal om att närstående inte varit nöjd men något skriftligt klagomål finns inte. Patienten har dock varit nöjd, har utredning visat.

För övrigt har det inte inkommit något klagomål som rör hälso- och sjukvård under 2017 enligt enhetscheferna.

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 vårdskador²³ ske. Mål att förebygga och

²³ En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade

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.

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 följsamhet till rutiner
- e Hälsa/ digitala tjänster för god och säker vård och IT- miljö
- Basal utredning av inkontinens och samarbete med Högskolan
- Arbeta med Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården, delvis genom Trygg hemgångsteam
- Implementera och utbilda kvalitetsledningssystemet i hela förvaltningen

kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med vården

-
- Digital kommunikation mellan hemtjänstpersonal och legitimerad personal för ökad patientsäkerhet
 - Läkemedelsskåp med självlåsand funktion
 - Delegering och hantering vid förflyttning med mobila lyftar
 - SIP- utbildning
 - Samverkan och kommunikation inom och mellan enheter
 - Utbildning i munhälsa
 - Tvärprofessionella team inom demensvården.