

Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse Sektor Omsorg

Sammanställd av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Anna Johansson

2020



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

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.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
Uppföljning genom egenkontroll.....	10
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys.....	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Klagomål och synpunkter	17
Sammanställning och analys	18
Samverkan med patienter och närstående	20
Resultat.....	21
Övergripande mål och strategier från föregående år	27
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	28



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Digitalisering Externa avvikelser har digitaliserats och hanteras från mitten av 2020 enbart i systemet MedControl. Användandet av digitala möten har ökat på flera områden, exempel på är våra teamträffar. Vi har under året implementerat och breddat digitala avstämningsmöten kring personer vi väntar hem från sjukhus. I dessa möten ingår sjuksköterskor, rehabpersonal och biståndsbedömare från kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal från primärvården.

Dokumentation Nytt journal- och avvikelse system har implementerats och dokumentation enligt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är breddinfört.

Läkemedelshantering En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut.

Vårdhygien Stort fokus har i under året lagts på vårdhygien. Digitala utbildningar kring ämnet har genomförts, filmer har visats och hygienombud har haft kontinuerliga avstämningar med MAS. Veckovisa möten har genomförts mellan MAS och vårdhygien. Detta utifrån arbetet med att förhindra smittspridning av covid-19.

Demensvård Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta. Kommunen har certifierade utbildare i BPSD.

Utbildningsinsatser

- **Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer** - Sjuksköterskor.
- **KVÅ-koder och ICF kodning**- Samtliga sjuksköterskor
- **Utbildning kring madrasser**- sjuksköterskor
- **Digital sårutbildning**- sårombud
- **Basal hygien utbildning** -samtlig personal inom vård och omsorg
- **Digital utbildning kring covid-19, hur sprids smittan, hur förhindrar vi spridning**- samtlig personal inom vård och omsorg
- **BPSD-utbildning**- Nyanställd personal inom demensvården
- **Delegeringsutbildningar**-omsorgspersonal
- **Handledarutbildning**- sjuksköterskor

Pandemiarbete

Pandemin har utmanat oss på flera sätt och gjort att vi på flera områden fått tänka om och hittat andra lösningar för utbildning och kvalitetskontroller. Vissa delar har vi fått välja att pausa för att lägga mer fokus på hygien och kompetensökning kring covid-19. Trots detta har vi ändå lyckats genomföra mycket genom nytänk och digitala lösningar.



- Veckovis avstämning med smittskydd och vårdhygien
- Veckovis avstämning med MAS-nätverket
- Veckovis avstämning med Vårdsamverkan Fyrbodal
- Veckovis lägesuppdatering från Länsstyrelsen och smittskydd Västra Götaland.
- Hygienombudsmöten har genomförts digitalt med 14 dagars intervall.
- Digitala utbildningsinsatser till samtlig personal inom vård och omsorg kring sjukdomen covid-19, hur den sprids och hur vi förebygger smittspridning.
- Informationsträffar med sanitetstekniker kring hur vi städar för att förebygga smittspridning på våra särskilda boenden.
- Avstämningsmöten med uppdaterad lägesbild för enhetschefer har genomförts veckovis.
- Utbildning till samtlig personal kring hur skyddsutrustning hanteras i form av visir och munskydd.
- Vaccinationssamordning som på årets sista dag genomfördes med sammanlagt 120 utdelade doser.



Övergripande mål och strategier

Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och Västra Götalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.

- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.

- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska om möjligt undvikas. Patienterna ska få rätt medicin, i rätt dos, vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Digitala signeringslistor implementerades under 2019. Loggbara läkemedelsskåp finns på i stort sett samtliga SÄBO-platser.

- Trygg och säker vårdövergång. Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta innebär ett nytt arbetssätt som jobbats vidare med i samverkan med Närhälsan under 2021.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygienköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analysera och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för nämnden. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

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

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

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura och Lifecare.

Journalgranskning av leg. personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Life Care.

Punktprevalensmätning av trycksår-frekvens enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av VG-Regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. farmaceut



"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg. "Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar.

Loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll signeringssystem Appva

Loggkontroll i NPÖ (nationell patientöversikt)



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

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. T ex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- All leg. Personal arbetar med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder)
- All leg. personal har från december börjat arbeta med IFC-kodning (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).
- Nytt journalsystem har implementerats under december.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta bredvid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två mobila liftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lift är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

Palliativ vård

- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.



- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. farmaceut.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad enligt årshjul.
- Loggbara läkemedelsskåp på i stort sett alla SÄBO
- Digital signering i hela kommunen.

SIP

- Ett arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården).
- SIP genomförs av områdesansvarig sjuksköterska

Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Avstämningar sker kontinuerligt efter att en patient vårdats på sjukhuset tillsammans med patienten.
- Dagliga avstämningar sker inom kommunen tillsammans med sjuksköterska, rehabpersonal, biståndsbedömare inom kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal inom primärvården för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Rutin har skapats för att säkerställa hantering av antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår).
- Två sjuksköterskor har gått högskoleutbildning i sårvård.
- Regelbundna nätverksträffar med sårombud i kommunen. Utbildning med olika teman vid träffarna. Under 2020 har nätverksträffarna övergått till digital sårvårdsutbildning pga pandemin.

Nätverk

- Kommunen har sjuksköterskerekörepresentanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien, demens och samverkande sjukvård för att få till sig det senaste inom dessa områden.
- Kommunen har rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum, dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor

Delegerade uppgifter

- Rutin och struktur finns för hur delegerade uppgifter beställs från hemsjukvård till hemtjänst.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering. Under pandemin har dessa möten skett digitalt.
- MAS-möten med legitimerad personal 1 gång/ månad.
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Verksamhetsmöte äldreomsorgen 1 gång/ månad
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård, vårdhygien, demens, samverkande sjukvård, dialogmöten hjälpmedelsforum och Dalslandsgemensamt nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.)
 - MAS:ar i Fyrbodal och VG-regionen träffas 1 gång/ månad. Under pandemin har detta utökats 1 gång/ vecka.
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
 - Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
 - Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
 - Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
 - Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
 - Samarbete med samverkande sjukvård
 - Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.

En riskanalys kan utföras både på lokal verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalys på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

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

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Lifecare.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall hanteras av leg. personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada enl. Lex Maria skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till IVO, Läkemedelsverket och tillverkare.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.

De avvikelser som dominerar är läkemedelsavvikelser om osignerad dos samt fallrapporter.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns i kommunens växel, på kommunens hemsida, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller enhetschefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetsätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2020 inkom inget klagomål på hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Ett ärende är anmält till IVO där det fanns risk för att allvarlig vårdskada skulle kunnat ske.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Det sker ett aktivt arbete genom kvalitetsregister och omvårdnadsplaner med fallförebyggande åtgärder.

I 40% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en ökning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 32% av fallen. Vid risk för fall erbjuds den enskilde höftskyddsbyxor som fraktureförebyggande åtgärd. Halksockar används framför allt på natten. Fortfarande sker det flest fall under natten. Fraktureförebyggande mattor finns att lägga bredvid sängen.

Totalt har 420 fallskador rapporterats, 10 av fallen har resulterat i allvarlig konsekvens så som blödning eller fraktur.

Antalet läkemedelsavvikelser är jämförbart med 2019. Vanligaste avvikelserna handlar fortfarande om osignerad given dos och utgör 73% av inkomna avvikelser.

1 avvikelser med medicintekniska produkter som rör trasig dosett, detta är en minskning från föregående år då 8 avvikelser inkom.

Vi har skickat

- 3 avvikelser till NU-sjukvården. Samtliga gällde felaktiga läkemedelslistor när patienterna kom hem från sjukhuset.

- 10 avvikelser till Närhälsan Färgelanda. De flesta rör felaktigt utförande vid ordination av läkemedel.

Vi har mottagit

1 avvikelser från NU-sjukvården. Denna handlar om felaktigt utförande vid bokning av transport.

Analys

Under 2020 har vi skickat fler externa avvikelser än förra året. Det externa avvikelssystemet är ändrat och avvikelserna går nu elektroniskt.

Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. Många nekar till fraktureförebyggande åtgärder i form av höftskyddsbyxa, vilket är frivilligt. Samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård får minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.



Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen eller rehabiliteringsassistenter stöttar patient att utföra.

Regelbundet återkommande gruppgymnastik som vanligtvis arrangeras på SÄBO har pausats under pandemin för att minska risk att sprida smitta.

På demensenheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med både VGR och riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom då skyddsåtgärder i form av bälten och grindar används sällan eller aldrig. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmet rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador. Med BPSD arbetar vi även aktivt med bemötandeplaner.



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

Under våren 2020 har folktandvården endast kommit på besök när behov funnits. Detta i ett led att minska risk för att sprida in smitta på boendena. Under hösten när tydliga rutiner fanns på plats genomfördes besök som vanligt. Detta är ett beslut som tagits regionalt av folktandvården.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Svårigheter har uppstått när fysiska träffar inte kunnat genomförts på samma sätt som vanligt och telefonkontakt med många anhöriga har varit ett alternativ.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas. Dessa har i år erbjudits att delta via digital länk eller telefon.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande . Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadministratör i **rapportmallen**.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen **Infoga Bild** och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Ett långsiktigt förebyggande arbete med tex omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra. Enligt läkemedelsverkets statistik kring läkemedel som bör undvikas av äldre har Färgelände gått från 2019 8,4% till år 2020 ligga på 7,6%. Det är en liten men betydande minskning som går åt rätt håll.

Dock finns det situationer då det inte fungerar med enbart omvårdnadsåtgärder och då måste läkemedel sättas in. Detta ansvarar läkare för.

Kommunen har önskat öka kompetensen inom BPSD som metod och har 2 utbildade sjuksköterskor för att hålla kunskapen levande både inom sjuksköterskegruppen och hos baspersonalen. Utbildningar är inplanerade i årshjul.

Dokumentation/ kommunikation

Medicinsk sekreterare finns anställd i hemsjukvården för att i första hand dokumentera för legitimerad personal. Detta förväntas frigöra tid för legitimerade till att kunna utföra sådana uppgifter som endast legitimerade kan utföra. Det innebär en kvalitetshöjning att rätt person gör rätt sak samt att leg. personal dikterar direkt efter ett utfört besök, när händelsen är nära i minnet.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO som under stora delar av 2020 varit pausad relaterad till den rådande pandemin.

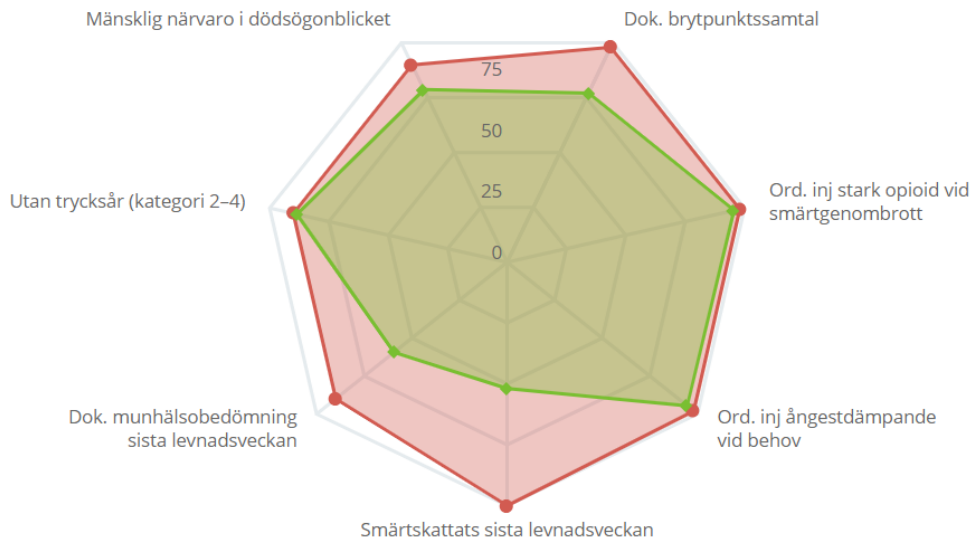
Palliativt arbete

Resultatet visar att vi har hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket och att ingen har avlidit med trycksår. Vi behöver arbeta vidare med att göra munhälsobedömningar och använda validerade instrument för smärtskattning sista levnadsveckan.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Vårdhygien

Hygienombuden har haft en viktig roll under 2020. Träffar har skett i olika intervaller men med max 14 dagars mellanrum. Hygienombuden har varit en förlängd arm ut i verksamheten och hjälpt till och förmedla information och kunskap om covid-19, smittspridning och nya rutiner som under våren kom med kortvarsel och behövde implementeras snabbt ute i verksamheterna.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

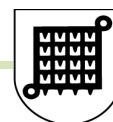
Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Läkemedelshantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av en apotekare och MAS får kommentarer om vad som ev. behöver förbättras.	VGR har under 2020 inte genomfört någon granskning av KAF i Färgelanda kommun.
● Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Uppföljning sker vid nästa granskning.	Granskning genomförd med godkänt resultat. Åtgärdsplanerna går igenom på mas-möte 16/10 med samtliga sjuksköterskor tillsammans med enhetschef. Fler av åtgärderna avser behandlande läkare vilket kommer lyftas med



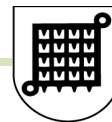
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			medicinsk ansvarig läkare på Färgelanda vårdcentral under November månad.
Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp	Halvår	MAS samlar in signeringslistorna för städning av läkemedelsskåp 2ggr/år för att granska följsamhet till rutinen.	På grund av ökad andel läkemedelsavvikelse görs stickprovskontroll avseende följsamhet till städning av patientburna skåp på samtliga områden. Stickprovskontroll kommer att fortsätta genomföras under 2021.
Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser	År	Utifrån resultat kan åtgärder bli aktuella, ev i samverkan med ansvarig läkare.	Enligt statistik hämtat från socialstyrelsen har Färgelanda kommun gått ner i användandet av olämpliga läkemedel till äldre som är 75 år och uppåt. 2019 låg färgelanda på 8,4% och under 2020 7,6%. Siffrorna är bra jämfört med både regionen och riket. Även när vi tittar på olämpliga läkemedel till äldre med demensproblematik ligger färgelanda under både regionen och riket på alla utom ett läkemedel. Detta läkemedel används oftast som vidbehovsläkemedel.

Avvikelsehantering, Vårdskada, Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT till MAS där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	

Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastan har gått ner i kommunen från förra årets 11 h och 40 min i genomsnitt till 10.5 h vilket ses som positivt. Variationerna mellan nattfastan är mellan 15,5h till 9h. Målvärde är att inte överstiga 11h nattfasta.
Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Antalet mätningar och antal trycksår är i stort sett samma som vid förra årets mätning. Trycksårshänsikten i demensvården har ökat och det är fler trycksår av allvarligare kategori vid denna mätning. Dock är andelen trycksår inom vård och omsorg minskat från 19%- 12% Andelen riskbedömningar äldre än 180 dagar har minskat från 41 till 26%, vilket tyder på att vi jobbar mer aktivt med systemet.
"Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Socialnämnden Totalt inkluderades 24 vårdtagare i mätningen. Under mätningen stod 12% på antibiotikabehandling, vilket är högt jämfört med rikets som låg på 2,3%. Dock stod ingen på förebyggande antibiotikabehandling, jämfört med riket där 0,4% av de antibiotikabehandlade stod på de i förebyggande.



VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2020 har statistiken för munhälsobedömning utgått, detta med anledning av covid-19. Tandvården kommer att återkomma under Januari 2021.

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

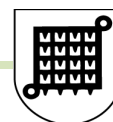
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	Mätningen VT-20 utgick på grund av covid-19. Mätning HT- 20 visar att 69,4 % har arbetat rätt enligt alla 8 aspekt som kontrolleras. Resultatet är svårt att värdera då mätningen inte är genomförd på länge. Dock finns utrymme för förbättringspotential.
Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	Med anledning av covid-19 har självskattning ej utförts. SKR:s mätning kring följsamhet av hygien och klädregler har istället genomförts.
Vårdhygienisk egenkontroll	År	Enhetschef ansvarar för att identifierade förbättringsområden åtgärdas utifrån handlingsplan.	Utgått 2020

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Kunskapstest	År	Kvalitén på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	

BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar												
Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	Totalt har 78 personer registrerats i BPSD-registret, och det har genomförts totalt 83 skattningar under året. Det är en minskning från föregående år då 98 skattningar genomfördes. Genomsnittligt NPI ligger i Färgelanda på 15,9 vilket är en liten höjning från 2019. Dock fortsatt gott resultat i jämförelse med riket som ligger på 20,9.												
Symtomlindrande demensläkemedel	År	Jämförelse av andel med demensläkemedel i kommunen, regionen och riket.	<p>Andel personer med Alzheimers sjukdom</p> <table border="1"> <caption>Data from bar chart: Andel personer med Alzheimers sjukdom</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Kommun (%)</th> <th>Region (%)</th> <th>Riket (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td>~50</td> <td>~50</td> <td>~88</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>~52</td> <td>~50</td> <td>~88</td> </tr> </tbody> </table>	År	Kommun (%)	Region (%)	Riket (%)	2017	~50	~50	~88	2020	~52	~50	~88
År	Kommun (%)	Region (%)	Riket (%)												
2017	~50	~50	~88												
2020	~52	~50	~88												



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			Andelen personer med Alzheimers sjukdom (på demensboende) som har symtomlindrande demensläkemedel är högre i Färgelanda än i Regionen och Riket.

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Resultat i Palliativregistret	År	Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer med målvärden för palliativ vård vilka mäts via registrering i Svenska Palliativregistret.	<p>Spindeldiagram över k Period 2019-01</p> <p>Färgelanda kommun har bättre resultat än riket på sex av sju kvalitetsindikatorer! Förbättringsområden är munhälsobedömningar och smärtskattning. Kommunen uppnår ändå ett bättre resultat inom områden jämfört med tidigare år.</p>

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Kvaliteten på journaler är varierande. Vissa som granskats uppfyller alla krav och vissa saknar stora delar. Mer utbildning inom dokumentation behövs fortfarande. Utbildning har genomförts inför inför implementering av nytt journalsystem 2020/2021 och en nytt sätt att dokumentera på vilket borde ge ett bättre resultat.

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	Kontroll av Läst, uppdaterat/skickat och utskrift. Inga överträdelser funna. Systemet har i första hand använts till att läsa, skicka administrativa meddelande och skicka vårdbegäran.


MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Lifecare	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Sammanlagt har 1 incidenter rapporterats kring medicintekniska produkter. Ingen allvarlig vårdskada har



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			inträffat.

NPÖ - Sammanhållen journalföring

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Loggkontroll NPÖ	Kvartal		Loggkontroll av Legitimerade sjuksköterskor i hemsjukvården. Använder alla läs nivåer vilket tyder på adekvat användning av systemet. Inga överträdelser funna. Resultat överlämnas till enhetschef i pappersform.



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus, somatik och psykiatri.
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Implementera nytt verksamhetssystem och starta dokumentation enligt ICF.
- Fortsatt fallpreventivt arbete
- Fortsatt arbete med digital signering
- Lokalt vårdprogram för nya nationella riktlinjer för strokevård

Välfärdsteknologi

- Arbeta för att kunna genomföra SIP i hemmet
- Implementera app med SBAR i hemtjänstens telefoner

Måluppfyllelse

- Nytt arbetssätt med samverkan vid utskrivning är infört
- Nytt verksamhetssystem med dokumentation enl. ICF har tagits i bruk
- Digital signering görs nu i systemet Appva
- Fallprevention pågår löpande



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Breddinföra nytt verksamhetssystem med ICF som dokumentationsmodell
- Färdigställa pandemiplan
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Följsamheten till digital signering

Välfärdsteknologi

- Fortsätta arbeta på möjligheten till bättre möjligheter för digitala ronder
- Fortsätta arbeta på möjligheten med digitala teamträffar
- Fortsätta arbeta med digitala avstämningar i samsa med legitimerad personal från kommunen, primärvården samt kommunens biståndsbedömare.