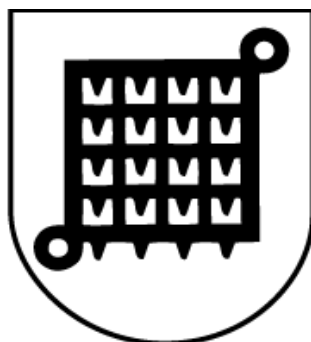




Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

2021



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Risikanalys	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	17
Samverkan med patienter och närstående	19
Resultat	20
Övergripande mål och strategier från föregående år	25
Övergripande mål och strategier för kommande år	26



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

Patientsäkerhetsarbetet har även under detta år till stor del präglats av Corona-pandemin. Arbetet har fokuserat på att minska risken för spridning av Covid-19 med en mängd olika åtgärder.

- Veckovis avstämning med smittskydd och vårdhygien
- Veckovis avstämning med MAS-nätverket
- Veckovis avstämning med Vårdsamverkan Fyrbodal
- Lägesuppdatering från Länsstyrelsen och smittskydd Västra Götaland.
- Hygienombudsmöten har genomförts digitalt.
- Avstämningsmöten med uppdaterad lägesbild för enhetschefer har genomförts veckovis.

Digitalisering

Användandet av digitala möten har ökat på flera områden, exempel på digitala möten är våra teamträffar, Arbetsplatsträffar, MAS/ MAR- möten och till viss del rond. Projekt med läkemedelsrobot har implementerats och utvärdering kommer ske under våren 2022.

Digital signering av medarbetare som mottar delegation har startat vilket innebär minskat pappersarbete.

Dokumentation

2020 implementerades nytt verksamhetssystem, detta arbete har fortsatt under 2021 och kommer även löpa vidare 2022.

Läkemedelshantering

2021 genomfördes ingen granskning av våra läkemedelsförråd, istället genomfördes en obligatorisk utbildning genom apoteket gällande läkemedel och äldre.

Vårdhygien

Stort fokus har även under 2021 året lagts på vårdhygien. Digitala utbildningar kring ämnet har genomförts, filmer har visats och hygienombud har haft kontinuerliga avstämningsmöten med MAS. Veckovisa möten har genomförts mellan MAS och vårdhygien på regionen. Detta utifrån arbetet med att förhindra smittspridning av covid-19.

Utbildningsinsatser

Läkemedel och äldre- obligatoriskt för alla legitimerade sjuksköterskor.



Behandlingsriktlinjer-Samverkande sjukvård 4 tillfällen med olika personal inom hemsjukvården.

HLR instruktörs utbildning- En sjuksköterska har utbildat sig till Hjärt- och lungräddningsinstruktör med anledning av att kunna utbilda övriga kollegor inom

Sårprojekt-med Närhälsan och Mölnlycke har genomförts av hemsjukvården.

Handledarutbildning för sjuksköterskestudenter-har genomförts av en sjuksköterska

Högskoleutbildning 7,5 gällande sår- har genomförts av en sjuksköterska i hemsjukvården.

Utbildning om Urinvägsinfektion hos äldre har-genomförts av Närhälsan Färgelanda på länk ett tillfälle för hemsjukvården.

KVÅ/ICF- webbutbildning all personal inom hemsjukvård.

Digital utbildning i Nutritionsråd till patienter i palliativt skede i den basala hemsjukvården- genomförd av hemsjukvården.

Delegeringsutbildningar-omsorgspersonal



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 läkemedels 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.

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 sjukvårdslagens krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektoromsorg 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 sektoromsorg ansvarar för att;

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

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygiensköterska 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

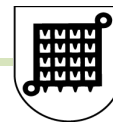
Tandvårdsenheten

- 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, äldre chefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

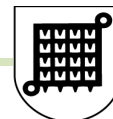
Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

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 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 kvalitetsregister)

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitetsregister)

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 demensenheterna 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 halkskyddsockor 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, rehab personal, biståndsbedömare inom kommunen samt sjuksköterska och rehab personal 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 sjuksköterskerepresentanter 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.

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

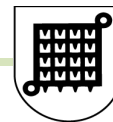
I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

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 2021 har 18 synpunkter och klagomål inkommit till sektor Omsorg, samtliga utom en är hanterad.



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 42% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en liten ökning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 40% 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 337 fall rapporteras, detta är en förbättring sedan föregående år då 420 fall rapporterades.

Antalet läkemedelsavvikelser är jämförbart med 2020. Vanligaste avvikelserna handlar fortfarande om osignerad given dos och utgör 73% av inkomna avvikelser. Vid vidare utredningar har patienten i 90% av fallen fått sina läkemedel men personal har glömt signera under angiven tid.

Inga avvikelser med medicintekniska produkter.

Externa avvikelser

Externa avvikelser har sedan mitten av 2020 hanterats i regionens verksamhetssystem medcontrol. Under 2021 har samtliga avvikelser som skickats av kommunen samt mottagits av kommunen skett i verksamhetssystemet.

Med anledning av att systemet inte tillåter kommunerna att använda statistikdelen går ingen statistik att inhämta.

Inga externa avvikelser som skickats eller mottagits har lett till vidare utredning om allvarlig vårdskada.

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 rehabiliteringsassistenterna stöttar patient att utföra.

Regelbundet återkommande gruppgymnastik som arrangeras på SÄBO har åter startats upp efter att ha varit pausad under delar av 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 glömmer 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. 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 glömmer 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.

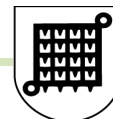
Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Svårigheter har uppstått när fysiska träffar inte kunnat genomförts på samma sätt som vanligt och telefonkontakt med många anhöriga har varit ett alternativ.

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

Inga öppna jämförelser som sammanställt olämpliga läkemedel till äldre är gjord under 2021 men skall återupptas 2022 enligt socialstyrelsen.

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

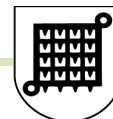
Medicinsk sekreterare finns anställd i hemsjukvården för att i första hand dokumentera för legitimerad personal.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO som återupptagits under 2021 då det under 2020 varit pausad relaterad till pandemin.

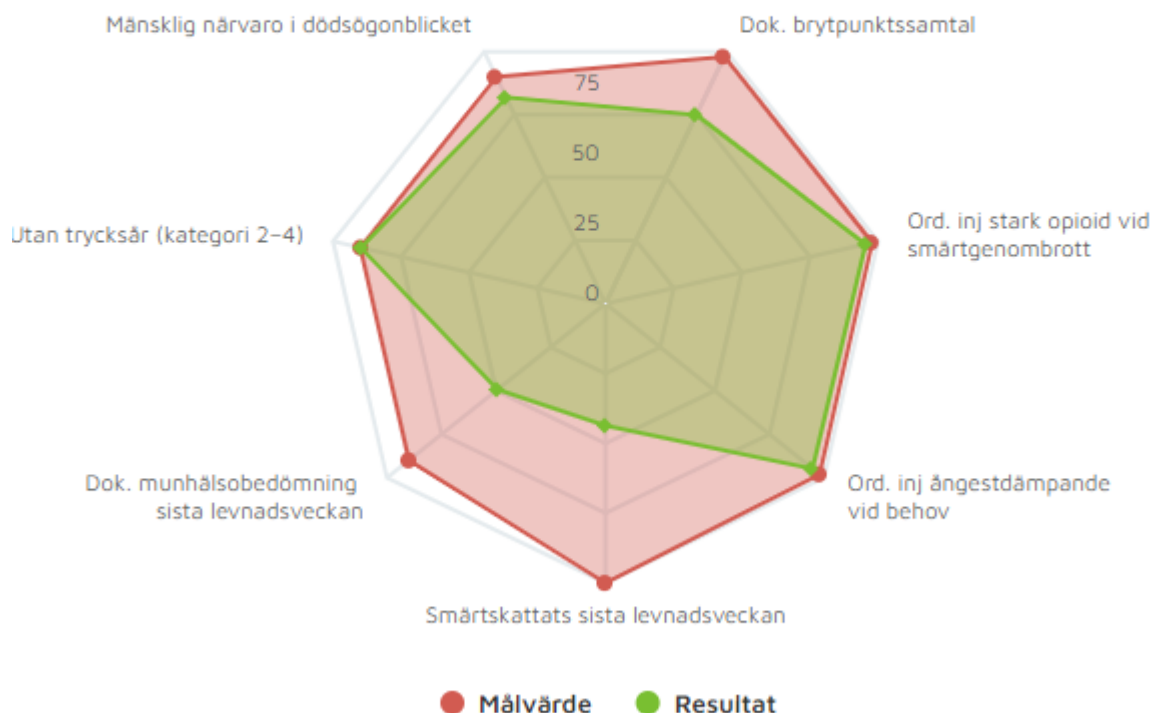
Palliativt arbete

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 2021-01 - 2021-12



Detta är e

Vårdhygien

Hygienombuden har haft en viktig roll under pandemiåren. Träffar har skett i olika intervaller. 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 året kommit med kortvarsel och behövt implementeras snabbt ute i verksamheterna.

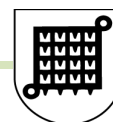
Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

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



Informationssäkerhet LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Risk- och behörighetsanalys	År		

LifeCare

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll LifeCare	Kvartal		Loggkontroll genomförd med gott resultat. Användarna hanterar systemet väl. Läser, dokumenterar och signerar. Enhetschef vidtalad, inga överträdelser funna.

APPVA - system för digital signering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll	Månad	MAS bedömer om otillbörlig hantering/läsning har skett och vidtar vb åtgärder.	Automatisk loggning utförs månadsvis på slumpvis utvald personal av appva. Inga överträdelser funna.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation - Arkivering

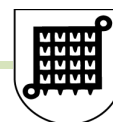
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	God kvalitet uppvisas vid journalgranskning. Dock behövs en utbildningsinsats planeras in gällande kvalitet och åtgärds-koder. Detta får ske under 2022.

Lokala och nationella kvalitetsgranskningar

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldreundersökning	År	Resultatet följs upp av äldreomsorgscheferna som vb. vidtar åtgärder.	

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.	
■ Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Uppföljning sker vid nästa granskning.	
■ 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.	Samtliga områden brister i städning, vissa områden mer än andra. Enhetschef får i uppdrag att återkomma med en åtgärdsplan för att förbättra följsamheten till att städa läkemedelsskåp då de utifrån gällande rutin skall städas 1 gång/ månad.
■ Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser	År	Utifrån resultat kan åtgärder bli aktuella, ev i samverkan med ansvarig läkare.	
■ Lista till apoteket med behöriga medarbetare att hämta ut läkemedel på apotek	Halvår	Listan som finns hos apoteket skall alltid vara aktuell med namn endast på medarbetare med behöriga att hämta ut läkemedel till vårdtagare på apotek.	



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.	Vid senaste mätningen, låg nattfastan i kommunen på 11h 40 min. Vid höstens mätning låg endast 1 enhet över 11h, vilket är mycket lyckat resultat.
■ Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	
■ "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.	

VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

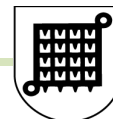
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en successiv förbättring vid varje mätning.	Låg följsamhet på fler av dom mätbara punkterna. Följsamheten har sjunkit från föregående mätning och kommer lyftas med enhetschefer och hygienombud.
● 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.	Näst intill 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna kan noteras i tredje kvartalet. Samtliga enheter har deltagit. Följsamheten har brustit på två skattningar. Den ena använde inte handsprit innan vårdnära arbete och den andra hade ej korta naglar fria från konstgjort material.
■ Vårdhygienisk egenkontroll	År	Enhetschef ansvarar för att identifierade förbättringsområden åtgärdas utifrån handlingsplan.	

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kunskapstest	År	Kvaliteten på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	Ingen egenkontroll under 2021.

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 erbjuds en skattning var 6:e mån.	



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Symtomlindrande demensläkemedel	År	Jämförelse av andel med demensläkemedel i kommunen, regionen och riket.	Andelen personer med Alzheimers sjukdom (på demensboende) som har symtomlindrande demensläkemedel är högre i Färgelanda än i Regionen och Riket. Detta ses som ett positivt resultat.

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.	Färgelanda kommun har bättre resultat än riket på fem av sju kvalitetsindikatorer. Förbättringsområden är munhälsobedömningar och smärtskattning vid livets slut.

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	God följsamhet till användning av systemet. Läser, skriver samt kvitterar meddelanden. Inga överträdelser funna.

MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Medarbetare med rätt att förskriva medicintekniska produkter	År	MAS/MAR kontrollerar årligen att uppgifter om vilka medarbetare som har rätt att förskriva medicintekniska produkter är uppdaterad.	

Inga incidenter har rapporterats kring medicintekniska produkter under 2021.

NPÖ - Sammanhållen journalföring

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Loggkontroll NPÖ	Kvartal		Loggkontroll Arbetsterapeuter samt Fysioterapeuter i kommunen. Blandad aktivitet kring hantering av systemet. Resultat överlämnat till enhetschef i pappersform. Inga överträdelser funna.

Vårdgivarregistret och Omsorgsregistret hos IVO

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Årlig kontroll av uppgifter i Vårdgivar- och Omsorgsregistren	År		Uppgifter kontrollerade 2021.

Dokumenthanteringsplan - Arkivering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Revidering/Uppdatering av dokumenthanteringsplan	År	Arkivansvarig alt. verksamhetsutvecklare dokumenterar resultat och ev. utförda åtgärder vid uppföljning i Stratsys.	Dokumenthanteringsplanen är reviderad för 2021. Dubletter och dokument som inte förekommer i verksamheterna har tagits bort. Inga tillägg av nya.



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Breddinfört nytt verksamhetssystem med ICF som dokumentationsmodell
- Färdigställa pandemiplan
- Följsamheten till digital signering med goda resultat.
- Breddinfört möjlighet för digitala ronder
- Breddinfört möjligheten med digitala teamträffar
- Breddinfört digitala avstämningar i samsa med legitimerad personal från kommunen, primärvården samt kommunens biståndsbedömmare. Samt lagt till respektive enhetschef för berört område för hemgång.



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i omställningen till god och nära vård
- Implementera SKR:s analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Projekt Framtidens Vårdinformationsmiljö, nytt vårdinformationssystem, leds av Västkom i samverkan med Västar Götalandsregionen. Preliminär driftstart i vår kommun hösten 2024. Kommunen har medarbetare som deltar i arbetet med design under våren 2022. Löpande information ges till legitimerad personal av projektledare och förmedlas vid MAS/MAR-möten.
- Utvärdering läkemedelsrobot.

Egenkontroller:

- Basal hygienrutinskattning
- vårdhygienisk egenkontroll
- Självskattning basala hygienrutiner
- Halt-mätning (Nationell mätning gällande vårdrelaterade infektion och antibiotikaanvändning)