



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2013

2014-03-10  
Marie Eriksson, Utvecklingsledare/MAS  
Kommunstyrelsens förvaltning

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	3
<b>Övergripande mål och strategier</b>	4
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>	4
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering</b>	4
<b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</b>	4
<b>Uppföljning genom egenkontroll</b>	5
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b>	5
<b>Riskanalys</b>	5
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b>	6
<b>Hantering av klagomål och synpunkter</b>	6
<b>Sammanställning och analys</b>	6
<b>Samverkan med patienter och närstående</b>	6
<b>Resultat</b>	7
<b>Övergripande mål och strategier för kommande år</b>	7

**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
  - *Ledningsgrupper har tillskapats för att kunna arbeta aktivt med kvalitet och förbättringar på enheterna. Ett systematiskt förbättringsarbete med hjälp av LEAN metoden har implementerats på samtliga enheter.*
  - *Arbete med förebyggande insatser med hjälp av nationellt kvalitetsregister Senior Alert pågår och ökar*
  - *Registrering i svenska Palliativregistret pågår för en god vård i livets slutskede.*
  - *Ett arbete för att förbättra insatserna runt personer med demenssjukdom har inletts med hjälp av BPSD registret och antalet utbildad personal ökar.*
  - *Lokal närvårdssamverkan har startat upp med representanter från vårdgivarna med uppdrag att upprätta en handlingsplan inom områdena de mest sjuka äldre och psykisk ohälsa bland barn, unga och vuxna. Arbetet pågår i grupperna. Mål har formulerats*

Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll

- *Årlig statistik från Svenska palliativregistret har redovisats i lokal samverkan i arbetsgruppen De mest sjuka äldre. Läkarmedverkan är en förutsättning för delar av den palliativa vården. Resultaten presenteras också i Socialstyrelsens Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre. Enheterna kan kontinuerligt följa resultat och bedriva förbättringsarbete på individ- och enhetsnivå.*
  - *Öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård besvaras av enheterna och statistik ska värderas årligen.*
  - *Egenkontroll av följsamhet till kommunens Basala hygienrutiner genomförs varje år*
  - *Förvaltningens årliga Sammanställning av rapporterade avvikelser analyseras av MAS och sammanställningen ska ses som ett underlag för beslut om åtgärder för patientsäkerheten*
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
    - Genom olika bedömningsunderlag och i kvalitetsregister för förebyggande åtgärder*
    - Genom avvikelshantering och orsaksutredningar*
    - Genom Lex-Maria anmälningar som återförs till verksamheten samt uppdatering av rutiner och checklistor*
  - Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
    - Fastställda rutiner för avvikelshantering och förebyggande arbete följs. Rapporteringsviljan är hög.*
    - Avvikelser går igenom vid regelbundna teamträffar på enheten minst en gång per månad.*
    - Checklista för händelseanalys är framtagen och ska användas vid avvikelseutredning.*
    - Enhetschefer inom äldreomsorg och område funktionsnedsättning skall, tillsammans med övriga teammedlemmar fortlöpande ansvara för förbättringsarbetet avseende förebyggande av vårdskador, bemötandeproblematik, uteblivna insatser, brister i läkemedelshantering med mera. Rapporteringen sker via datamodul i verksamhetssystemet kopplat till journalsystemet.*
  - Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
    - Klagomål på given vård utredas av MAS om det gäller klagomål på hälso- och sjukvård.*
    - Utredningen utgår från en skriftlig redogörelse om det aktuella ärendet. I förekommande fall*

övergår ärendet i en Lex-Maria anmälan. En skriftlig sammanställning och bedömning/beslut av utredningen skickas till anmälaren som även medverkar vid planerade möten. Ärendet diarieförs. Övriga synpunkter och klagomål inom socialtjänsten hanteras av ansvarig chef/verksamhetschef som även ansvarar för Lex Sarah anmälningar enligt fastställd rutin.

- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet  
*Närstående erbjuds medverka, med patientens samtycke, vid vårplaneringar med slutenvården samt vid den årliga uppföljningen av patientärendet.*  
*Patient och närstående medverkar vid upprättande av genomförandeplan i förekommande fall. Vid dessa samtal kan närstående och patient framföra observandum, önskemål eller annat av vikt för personen.*  
*Patient/närstående är alltid delaktiga vid utredningar av Lex Maria ärenden (med patientens samtycke om möjligt) och meddelas alltid vid allvarlig händelse. Patient och närstående ska få information om personalens bedömningar och vidtagna åtgärder för individens säkerhet och kan också kommunicera med enhetens personal om säkerhetsfrågor.*
- De viktigaste resultaten som uppnåtts  
*Att antal avvikelser gällande brist i läkemedelshantering är förhållandevis låg.*  
*Att antalet läkemedelsgenomgångar ökar*  
*Att trycksårsprevalensen är låg.*  
*Att riskbedömningsunderlag börjat användas på samtliga enheter och åtgärder sätts in för att minska risker för undernäring, trycksår och fall*

## Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

*Mål*

*En sammanhållen, individanpassad vård med patienten i centrum som bygger på en god och säker vård*

*Strategi*

- att förvaltningens riktlinjer/rutiner följs
- att samtliga patienter i hemsjukvården erbjuds/genomgår riskbedömning för fall, undernäring, munhälsa och trycksår
- att samtliga patienter, där läkemedelsansvaret övertagits av sjuksköterska, symtomkattas och erhåller årlig genomgång av sina läkemedel enligt fastställd modell
- att på avdelningsnivå arbeta på ett systematiskt sätt med händelseanalyser och förebyggande insatser för att om möjligt minska antalet avvikelser, fel och brister med hjälp av Nationella register, och LEAN-metoden
- att arbeta med lokala handlingsplaner och rutiner för olika diagnosområden utifrån Nationella riktlinjer i den lokala närvårdssamverkan, arbetsgrupp för De mest sjuka äldre och Personar med psykisk ohälsa
- att bedömningar görs i det nationella kvalitetsregistret BPSD för att möta behov hos personer med en demssjukdom
- att arbeta för en god hygienisk standard inom hemsjukvård, hemtjänst och inom särskilda boenden

- att erbjuda munhälsobedömningar och utfärda intyg för nödvändig tandvård till identifierade målgrupper
- att ha en god samverkan med andra vårdgivare i gemensamma frågor vilket sker i Lokal närvårdssamverkan i Ulricehamn

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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.

- Verksamhetschef för hälso- och sjukvård och MAS för regelbundet dialog om planering och ledning av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS kan på eget initiativ delge vårdgivaren viktig information och ska informera om allvarliga händelser i verksamheten.
- MAS fastställer övergripande riktlinjer och rutiner som bygger på god och säker vård och klargör regler, rutiner och ansvarsfördelning på alla nivåer i samarbete med chefer i linjeorganisationen.
- Verksamhetschefer har, tillsammans med enhetschefer ansvar för att riktlinjer och rutiner efterlevs i verksamheten och varje medarbetare har ett eget ansvar för att följa förvaltningens riktlinjer/rutiner.
- MAS sammanställer och analyserar olika interna rapporter som gäller patientsäkerhet och återför resultaten till vårdgivare och verksamheter och utövar tillsyn.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur vårdskador mäts och hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp.

- Vårdskador mäts enligt fastställd rutin för avvikelshantering och med hjälp av datoriserad rapportering och statistiksammanställning. Syftet med avvikelshandlingen är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller systemfel inom verksamheterna HSL, SoL, LSS. Utifrån analys av sammanställning över avvikelser skapa underlag för kvalitetsförbättringsarbete på enheterna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- En gång per år eller vid behov genomförs möten tillsammans med patient/närstående och biståndshandläggare med syftet att individanpassa och följa upp vården och omsorgen
- Vid regelbundna team möten minst en gång per månad sker uppföljning av avvikelser på enheterna. Avvikelser går igenom och händelseanalyser enligt upprättad checklista skall göras för att utreda orsak till det inträffade. Teamets medlemmar ansvarar för åtgärder för att förebygga/minimera risker.
- Erbjudande om riskbedömningar gällande fall, undernäring och trycksår har ökat sen 2009 och en handbok i nutrition finns att tillgå för all personal.
- Ökad läkarmedverkan enligt lokalt avtal med vårdcentralerna har skett i den kommunala hemsjukvården och läkaransvaret har tydliggjorts.

- *Sjuksköterskor och biståndshandläggare bistår regionens tandvårdsenhet med att identifiera målgrupper och bedöma personers rätt till och behov av nödvändig tandvård och munhälsobedömning i hemmet. Dessa bedömningar sker kontinuerligt*

## Uppföljning genom egenkontroll

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

- Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister,
  - *Följsamhet till riktlinjer för den palliativa vården jämförs och belyser förbättringsområden i den givna vården. Jämförelser görs kontinuerligt. Årlig statistik har redovisats för vårdcentralerna eftersom läkarmedverkan är en förutsättning för delar av den palliativa vården. Resultaten presenteras i Socialstyrelsens Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre. En viss förbättring av vissa indikatorer kan ses jämfört med föregående år*
  - *Registrering i nationellt kvalitetsregister Senior Alert pågår. Enhetsvisa registreringar, uppföljningar och åtgärder sker kontinuerligt och registrerade bedömningar i registren ökar successivt.*
  - *Öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård besvaras årligen av enheterna och statistik måste värderas årligen.*
  - *Registrering av bedömningar i BPSD registret fortsätter att öka.*
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
  - *Jämfört med övriga kommuner i Sjuhäradområdet ses ett sämre resultat av registreringar i Senior Alert i Ulricehamns kommun*
  - *Likvärdiga resultat jämfört med övriga kommuner i Västra Götaland vad gäller palliativ vård.*
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat
  - *Enligt plan för internkontroll i Ulricehamns kommun redovisar MAS statistik för avvikelserapportering två gånger per år för vårdgivare. 2013 års resultat visar en ökning av antal rapporterade avvikelser gällande fall.*
  - *Förbättringsarbete för den palliativa vården visar ett marginellt bättre resultat för vissa indikatorer jämfört med föregående år*
  - *Årlig redovisning av följsamhet till kommunens Basala hygienrutiner sker på enheterna. Enkät sänds ut och besvaras av enhetschef, hygienombud och hygienansvarig sjuksköterska och 2013 års resultat visar på 70% följsamhet inom hemtjänsten, 50% följsamhet på särskilda boenden.*
  - *Statistik på utfärdade intyg och utförda hembesök för munhälsobedömningar granskas av MAS årligen. Intygsutfärdandet är högt, hembesök av tandhygienist har inte utförts på alla som tackat ja till hembesöken. Privata utförare, på uppdrag av regionens tandvårdsenhet är ansvariga för dessa hembesök*
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler och annan dokumentation mm,
  - *Granskning av journaler genomfördes på hösten 2013 med genomgång av MAS och enhetschef för sjuksköterskor. Resultatet återfördes till sjuksköterskegruppen.*
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av patientnämndsärenden
  - *Inga ärenden har inkommit från patientnämnden*

- ✚ inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

**Beskriv vilka processer som identifierats** där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada samt hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

- *Gemensam rutin för samordnad vårdplanering via IT-verktyget Klara SVPL för primärvård, sjukhus och kommun är känd och används av samtliga vårdgivare. Ansvarig, delregional grupp för rutin och verktyg finns inom Närvårdssamverkan, Södra Älvsborg.*
- *Avvikelse i vårdssamverkan rapporteras och sammanställs av utsedda samordnare i Närvårdssamverkan. Rutin för avvikelse i vårdssamverkan, mellan vårdgivare, följs och orsaker och åtgärder redovisas tillbaka till anmälaren. Sammanställning av avvikelser i vårdssamverkan redovisas årligen till styrgruppen i den regionala närvårdssamverkansorganisationen.*
- *För att öka säkerheten och höja kvaliteten vid vårplanering mellan vårdgivare har kommunen inrättat ett vårdplaneringsteam. Rutiner finns för intern informationsöverföring. Syftet är att säkra patientvården i övergång mellan olika vårdgivare. Södra Älvsborgs sjukhus, SÅS har också vårdplaneringsteam vilka har ett nära samarbete med kommunens team.*
- *Ett pågående arbete med fokus på trygghet, psykisk hälsa, läkemedel, nutrition, rehabilitering, prevention pågår. De tre vårdgivarna ska ta ansvar för en sammanhållen vård och ett förebyggande arbetssätt där de mest sjuka äldre tillförsäkras ett speciellt omhändertagande. Gjorda riskanalyser och åtgärder meddelas mellan vårdgivarna i slutet och öppen vårdform.*
- *Strategi för äldre och läkemedel har fastställts i Hälso- och sjukvårdsutskottet och en handlingsplan finns. Läkemedelsavstämningar/genomgångar genomförs på våra enheter inom äldreomsorgen enligt framtagen rutin*
- *Lokalt samverkansavtal om läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården har tecknats. Läkarmedverkan har ökat och stort fokus ligger på en säkrare läkemedelsanvändning/behandling bland våra äldre. Läkare, sjuksköterska och undersköterska ska ansvara för genomgång med symtomskattningsunderlag för läkemedelsgenomgångar enligt LÄR-UT*
- *Gemensamma satsningar för att följa intentionerna med den palliativa vården görs med genomgång av resultat från Svenska palliativ registret i lokal närvårdssamverkan. Resultat av de pågående åtgärderna fås fram ur registret på avdelningsnivå för ett ständigt förbättringsarbete av den palliativa vården.*
- *Avtal har tecknats i VGR gällande hjälpmedel och regler om förskrivning. Lokala och gemensamma rutiner för avvikelshantering, handhavande och ansvarsfördelning gällande Medicintekniska produkter är utarbetade och finns tillgänglig för all personal på kommunens intranät. Samverkan sker mellan regionens och kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster gällande vårdplanering och ansvarsfördelning.*
- *Gemensam rutin för Bedömning om hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård har fastställts och antagits av samtliga vårdgivare. Här åligger det för legitimerad personal att göra riskbedömningar och fatta beslut om egenvård. Intern rutin finns tillgänglig för berörda yrkeskategorier.*
- *Gemensam rutin om Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering i VGR har fastställts och antagits av samtliga vårdgivare. Här gäller det att samordna insatser för fysiskt och psykiskt funktionshindrade som har behov av insatser från exempelvis skola, sjukvård och kommun under längre tid. Intern rutin finns tillgänglig för berörda parter.*

- *En regional överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning är framtagen i samverkan mellan VGR och VästKom. Samverkan sker inom den lokala närvårdssamverkan med upprättande av handlingsplan för målgrupperna. Lokalöverenskommelse om ansvarsfördelning är tecknad.*
- *Samverkan finns med Hygienkommittén i Södra Älvsborg och vårdhygien, SÄS för att minska smittspridning inom kommunernas verksamheter.*
- *Hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar ansvaret mellan region och kommun har uppdaterats och fastställts hos vårdgivarna under 2012. Avtalet reglerar också ansvaret för vissa utbildningsinsatser för kommunens personal vid avancerad hemsjukvård så som dialysvård och respiratorvård i hemmet med mera.*
- *Lokal handlingsplan för vård av patient i livets slutskede finns men behöver uppdateras. Handlingsplanen är framtagen i samverkan med vårdcentralerna. Nära samarbete finns mellan regionens palliativa resursteam och kommunens sjuksköterskor. Lokal närvårdssamverkan inom området De mest sjuka äldre har ansvar att gemensamt uppdatera handlingsplan för vård i livets slutskede, Palliativ vård*
- *Lokal handlingsplan för vård av personer med demensdiagnos är framtagen i samverkan med primärvården och har uppdaterats under 2013. Kommunens demenssamordnare har informerat och undervisat enheternas chefer och vårdpersonal om innehållet. Enhetschefer och personal ansvarar för att följa denna handlingsplan.*

## **Risکاناليس**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

*Kommunens säkerhetsgrupp genomför riskanalyser inom olika områden, säkerhetsombud ska finnas på varje arbetsplats.*

*Riskbedömningar enligt arbetsmiljöpärmen skall genomföras av ansvariga chefer*

*Gemensam rutin för riskanalyser och fastställande av bedömningsunderlag har tagits fram men ska implementeras.*

*Riskbedömningar på individnivå sker regelbundet*

*Värdeflödesanalyser har börjat genomföras för att identifiera verksamhetens processer och minimera risker i de olika processerna.*

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*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.

- *Rapporteringen görs i kommunens datoriserade verksamhetssystem inom HSL, SoL, LSS*
- *Fastställda rutiner för avvikelshantering och förebyggande arbete skall följas. Riskanalyser ska erbjudas samtliga vårdtagare, orsaker fastställas, åtgärdas och följas upp tillsammans med patienten. Avvikelser ska gås igenom vid regelbundna teamträffar på enheten minst en gång per månad. Checklista för händelseanalys är framtagen och ska användas vid avvikelsetredning. Teamen består av enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska. Enhetschefer inom äldreomsorg och handikappomsorg skall, tillsammans med övriga teammedlemmar fortlöpande ansvara för förbättringsarbetet avseende förebyggande av vårdskador, bemötandeproblematik, uteblivna insatser, brister i*



*läkemedelshantering med mera. Rapporteringen sker via datamodul i verksamhetssystemet kopplat till journalsystemet. Information ges, efter inhämtat samtycke till närstående.*

- *Allvarliga händelser skall rapporteras till MAS enligt fastställd rutin. Lex Maria-anmälan görs av MAS enligt Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2005:28. MAS informerar vårdgivaren och utreder ärendet som diarieförs. Utredningen skickas till Socialstyrelsen och meddelas patient/närstående. Socialstyrelsen svar meddelas vårdgivare, enhet och patient/närstående.*
- *Allvarliga händelser inom Socialtjänsten ska, enligt gällande rutin, anmälas till närmaste chef som lämnar anmälan till förvaltningens registrator för diarieföring. Anmälan läggs i diariet samma dag som anmälan görs. Utredning av händelsen i görs av närmaste chef om inte denne är inblandad. Verksamhetschef ansvarar för att vårdgivaren informeras. Utredning ska inledas senast dagen efter.*
- *Halvårsredovisningar av avvikelserapporter sammanställs, analyseras och återkopplas till verksamheten och vårdgivaren av MAS.*

## **Klagomål och synpunkter**

*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 Socialstyrelsen som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.*

*Klagomål till MAS på given vård utredas av MAS om det gäller klagomål på hälso- och sjukvård.*

*Utredningen utgår från en skriftlig redogörelse efter utredning med involverade om det aktuella ärendet. I förekommande fall övergår ärendet i en Lex-Maria anmälan. En skriftlig sammanställning och bedömning/beslut av utredningen skickas till anmälaren som även medverkar vid planerade möten. Ärendet diarieförs. Hänvisning sker också till patientnämnden och Socialstyrelsen så att anmälaren kan välja att ta direktkontakt med Patientnämnd eller Socialstyrelsen eller om missnöje finns på gjord utredning. Ärendet diskuteras alltid med verksamhetschef/enhetschef.*

*Klagomål och synpunkter kan lämnas via kommunens hemsida eller muntligt/skriftligt till verksamhet/enhet som utreder klagomålet och återkopplar till den klagande.*

*En sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter ska göras årligen av verksamheterna. Beslut om övergripande aktiviteter för att säkra kvalitén i verksamheten omsätts i en årlig verksamhetsplan.*

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

*Brister har rapporterats gällande läkemedelshantering och en Lex-Maria anmälan har gjorts på grund av allvarliga brister inom område.*

*En Lex-Maria gjordes för en allvarlig händelse med en felmonterad taklyft. Patienten skadades inte fysiskt.*

*Utredning och analys har genomförts av MAS med rapport till KS, verksamhetschef ÄO samt enhetschefer.*

*Brister i vårdens övergångar och interna brister är genomgående orsaker till händelserna*

*Två klagomål om trygghetslarm har inkommit under 2013– lång väntetid och dåligt bemötande*

*Det råder brist i kunskap om hur verksamheter/enheter ska arbeta med klagomål/synpunkter inom välfärdsområdet*

## **Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- *Patient och närstående medverkar vid upprättande av genomförandeplan i förekommande fall. Vid dessa samtal kan närstående och patient framföra observandum, önskemål eller annat av vikt för personen. Närstående erbjuds medverka, med patientens samtycke, vid vårplaneringar. Patient/närstående är alltid delaktiga vid utredningar av Lex Maria ärenden (med patientens samtycke om möjligt) och meddelas alltid vid allvarlig händelse.*
- *Den kommunala vården har nära kontakter med patienter och närstående eftersom vården oftast bedrivs under många år och till livets slut. Närstående och patienter ska också informeras om vilka iakttagelser personal gör som har med risker att göra och vilka åtgärder som bör sättas in med patientens samtycke. Här har patienten möjlighet att avstå från insatserna eller lämna synpunkter.*
- *Närstående och patient medverkar vid samordnad vårdplanering mellan sluten- och öppenvård enligt gemensam regional rutin*

## Resultat

**Strukturmått** utgör förutsättningar för

- *Regionens hygienutbildningar omfattar sextio hygienombud och sju sjuksköterskor, en per enhet. Återträffar och grundutbildningar erbjuds årligen. Hygienansvariga sjuksköterskor och hygienombud träffas regelbundet och en intern enkät besvaras en gång per år. Dessa hygienansvariga ska stötta kollegor på sina enheter. Privat utförarens omvårdnadspersonal inkluderas. 23 personer har deltagit i utbildningar under 2013.*
- *Utbildningar i fallprevention och olika bedömningsinstrument genomförs kontinuerligt. Det förebyggande arbetet omfattar områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa, läkemedel, psykisk hälsa, rehabilitering och trygghet. Utbildning i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har genomförts på enheterna. Enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal är berörda. Privat utförarens omvårdnadspersonal inkluderas.*
- *Flera uppföljningstillfällen har anordnats gällande den palliativa vården för sjuksköterskeenheter. Utvecklingsledare från Sjuhärads kommunalförbund har tillsammans med representant från Svenska Palliativregistret gått igenom resultat och hur förbättringsarbetet ska bedrivas. Inbjudan har även delgivits Ulricehamns vårdcentraler.*
- *Utbildning i ordinationsverktyget Pascal genomförs internt vid nyanställningar*
- *Samtliga undersköterskor och sjuksköterskor på enheterna har erbjudits/genomgått utbildning för säker läkemedelsanvändning, LÄR-UT och alla nyanställda får samma utbildning. Ansvariga för utbildningarna är utsedda sjuksköterskor med särskilt läkemedelsansvar. Privat utförarens omvårdnadspersonal inkluderas. 1 person har utbildats 2013*
- *Utbildning i nationellt kvalitetsregister, BPSD, genomförs för utsedd personal. Utbildningar erbjuds kontinuerligt. 2013 utbildades 12 personer*
- *10 personer har fått basutbildning i psykiatri*
- *Sjuksköterskor har erbjudits utbildningar i palliativ vård. Många av kommunens undersköterskor har utbildats i lindrande vård.*
- *Erbjudanden om Västra Götalandsregionens utbildningar för ex inkontinens, nutrition, hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, hemrehabilitering, psykisk hälsa och vaccinationer skickas ut till berörda enheter. Ett begränsat antal kan ta del av dessa utbildningar och den personal som utbildas/informeras ska delge kollegor om innehållet för att sprida kunskapen.*
- *Munhälsobedömningar utförs en gång per år för patienter/brukare om de tackat ja till regionens erbjudande om munhälsobedömning i hemmet. I samband med dessa hembesök*

utfärdas munvårdskort för att kvalitetssäkra den dagliga munvården som utförs av omvårdnadspersonal. Utbildningar och handledning i munvård ingår i regionens satsning på munhälsa och ska planeras tillsammans med enhetschefer inom Äldre- och Handikappomsorg.

**Processmått** utgörs av aktiviteter som genomförts för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar m.m.

Andelen personer anslutna till den kommunala hemsjukvården uppgick 2013 till ca 800 patienter. Målet är att erbjuda riskbedömning för samtliga hemsjukvårdspatienter i Ulricehamns kommun.

I vilken omfattning det vårdpreventiva arbetet bedrivits på enheterna under 2013 för de tre riskområdena fall, undernäring och trycksår visas i nedanstående tabell. Antal gjorda riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår uppgick till sammanlagt 250 utförda bedömningar.

Enhet	Riskbedömningar antal	Varav risk antal	Utredning utförd %	Åtgärd planerats %	Åtgärd utförts %
Ekerö	68	35	91.4	91.4	5.7
Hökerumsgården	12	9	44.4	88.9	22.2
Parkgården 1	49	35	94.3	94.3	77.1
Parkgården 2	33	32	96.9	100.0	90.6
Ryttershov 1	26	26	96.2	96.2	80.8
Ryttershov 2	29	27	81.5	88.9	33.3
Solrosen 1	7	7	85.7	100.0	100.0
Solrosen 2	26	26	46.2	88.5	76.9

Statistiken är hämtad från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och gäller för 2013

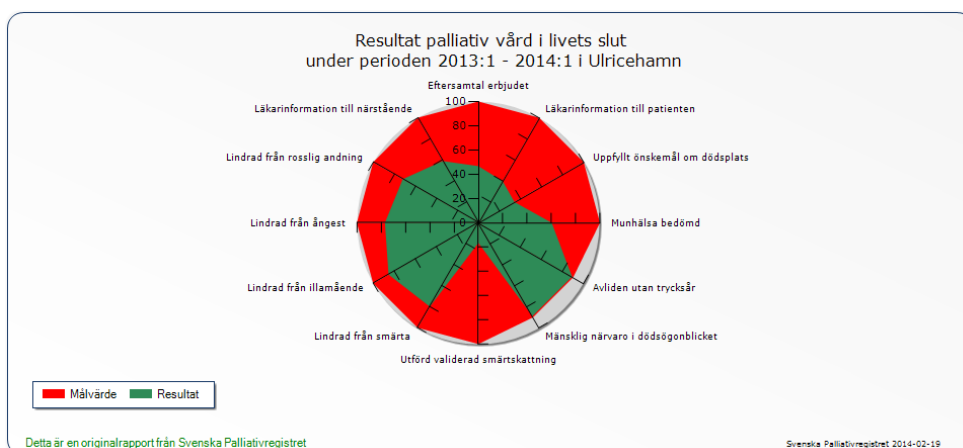
### Läkemedelsgenomgång

Antal patienter som sjuksköterska har övertagit läkemedelsansvaret för uppgick till uppskattningsvis 500 patienter 2013. Av dessa har ca 88% erhållit en läkemedelsgenomgång. Datakälla Socialstyrelsen/Äldreguiden, statistik per enhet, Ulricehamns kommun. Dessa siffror visar resultat från hösten 2012. Arbete pågår med att ta fram aktuell statistik från kommunens egna verksamhetssystem.

### Palliativ Vård

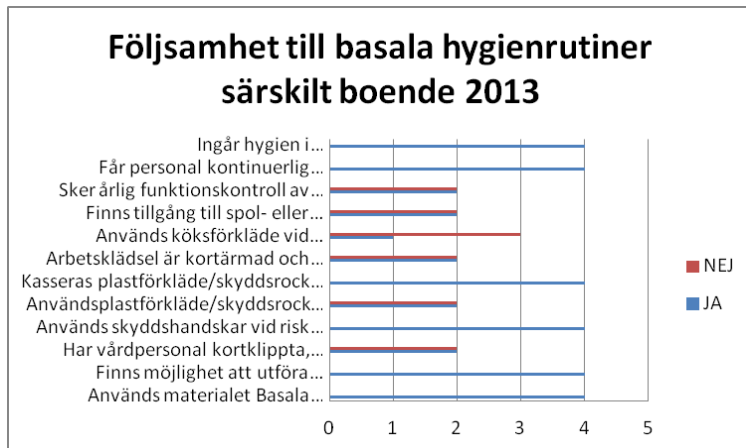
Resultatet av den palliativa vården i Ulricehamn är hämtad från registrets årliga sammanställning för kommunens samtliga enheter under 2013, särskilda och ordinära boenden.

Resultaten kan följas kontinuerligt för ett ständigt förbättringsarbete på enheterna och följs också upp inom den lokala närvårdssamverkan.



## Följsamhet till basala hygienrutiner

Resultatet av egenkontroll av följsamhet till Basala hygienrutiner i hemtjänsten 2013 omfattar även privat utförare Attendo Care.



Rutin för basala hygienrutiner ska följas och målet är 100% följsamhet. Ansvariga på enheterna ser i samband med kontrollen vad som behöver åtgärdas.

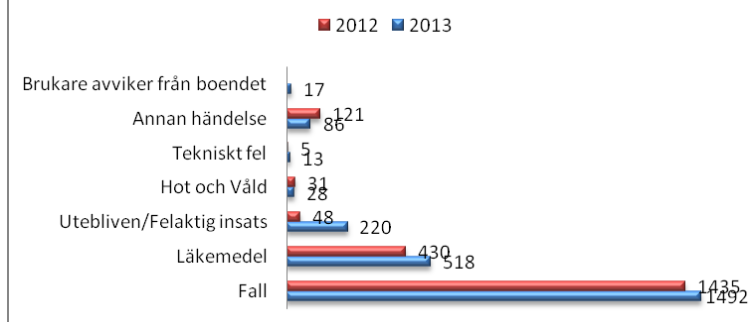
Tillgång på diskdesinfektorer används för enheternas sjukvårdsinstrument och material för flergångsbruk och installeras i takt med ombyggnationer av våra enheter och serviceavtal tecknas.

## Resultatmätt 2013

Följande uppgifter är hämtade ur förvaltningens årliga Sammanställning av rapporterade avvikelser 2013. Statistiken omfattar rapporterade avvikelser inom äldreomsorg, område funktionsnedsättning och privat utförare, Attendo AB.

Under 2013 rapporterades totalt 2374 avvikelser. Det är en ökning med 12% rapporterade avvikelser jämfört med år 2012.

## Rapporterade avvikelser 2012 - 2013



De allvarligaste avvikelserna handlar om brukare som avviker från sitt boende och som inte kan ta hand om sig själva. 17 personer har utsatt sig för risk att skadas och ett flertal av dessa händelser borde ha anmälts enligt Lex Sarah

Mest utmärkande är rapporter om utebliven insats, den enskilde får inte sina insatser utförda. Orsaken till det uppges vara att personalen inte hinner. Avvikelser ska rapporteras och utredas om verksamheten inte når upp till de mål som anges.

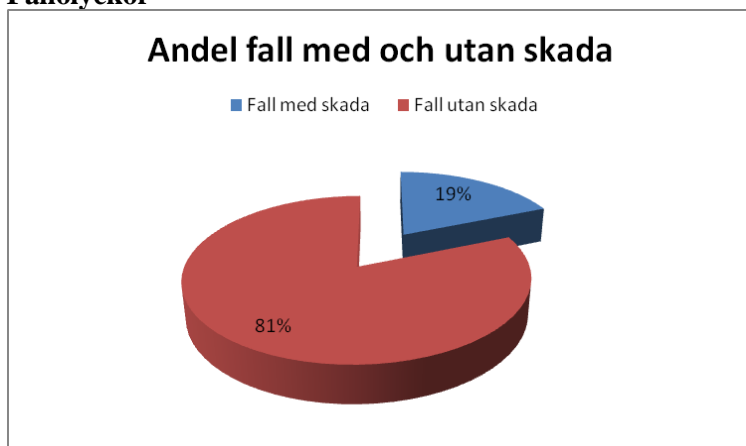
Brister i läkemedelshandling fortätter att öka. Det hanteras många dosetter inom den kommunala hemsjukvården vilket är en orsak.

Den mest framträdande bristen är att delegerad personal glömmar att ge brukare sin medicin och orsak till är brister i följsamhet till gällande rutiner.

Antal Lex Maria-anmälningar uppgick till två anmälningar.

En anmälan gjord på grund av utebliven, livsviktig medicin, patientens tillstånd krävde sjukhusvård. Anmälan nummer två – brist i läkemedelshandling, felmedicinering under tre månaders tid till svårt sjuk patient. Ansvarig sjuksköterska har inte uppmärksammat felet. Flera brister är orsaken till händelsen, bland annat oklara och olika läkemedelslistor från dosregister och sjukhus, brist i följsamhet till gällande rutiner.

## Fallolyckor



Fallolyckor är de mest framträdande rapporterade händelser och där fall med rapporterad skada uppgick till 19% av de 1492 rapporterna.

*Registrerade frakturer uppgick under 2013 till 10 stycken inom Välfärd men eftersom registrering av skadetyper är mycket bristfällig finns här ett mörkertal.*

*Andelen patienter med fallrisk som påvisats vid riskbedömningen är hög. Av 250 utförda riskbedömningar har 197 brukare konstaterats ha risk för fall och ett antal olika åtgärder behöver utföras runt varje individ. Av dessa 197 med risk ingår även risk för undernäring och risk för trycksår vilka endast utgör en liten del.*

## **Tandvård**

*Antal intyg om rätt till nödvändig tandvård uppgick till 532 stycken och patienter som tackat ja till munhälsobedömning i hemmet uppgick till 340 registrerade. Av dessa gjordes 237 hembesök av tandhygienister för munhälsobedömningar av privata utförare. Med vid dessa munhälsobedömningar är personal från vård- och omsorg. Sjuksköterskor, biståndshandläggare och handläggare inom IFO är behöriga att utfärda dessa intyg och erbjuda munhälsobedömningar. Resultatet bygger på 2012 års statistik från Regionens tandvårdsenhet.*

**Måluppfyllelse** dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier

## **Läkemedel**

*Förväxling av läkemedel där vårdgivaren uttalat 0 tolerans visar 2013 års resultat att 4 personer fått medboendes läkemedel. Uppskattningsvis delas 350 000 doser läkemedel ut varje år inom hemsjukvården.*

*Målet att samtliga patienter där läkemedelsansvaret är övertaget av sjuksköterska, ca 500 patienter, ska få en årlig läkemedelsgenomgång har skett för ca 88% av patienterna under mätperiod 2013. Uppgiften är hämtad från öppna jämförelser, Aldreguiden, som besvarats av sjuksköterskor på enheterna. På sikt ska dessa uppgifter tas från vårt eget system.*

## **Riskbedömningar och förebyggande åtgärder**

*Målet att samtliga patienter inom hemsjukvården, ca 800 patienter, ska riskbedömas för fall, undernäring och trycksår har utförts i 52% av det totala antalet patienter under perioden 20120101-20131231. Dessa riskbedömningar utreds, teambaserade utredningar och planeringar görs och åtgärder utförs i hög utsträckning på enheterna, se tabell s.11, statistik för 2013.*

*Uppgifterna är hämtade ur det nationella kvalitetregistret Senior Alert och förväntas öka.*

*Analyser av resultaten av vidtagna åtgärder ska gås igenom och den individuella vården planeras utifrån resultatet.*

## **Palliativ vård**

*Målet för den palliativa vården är att 100% av patienter som vårdas i livets slutskede ska ges en god vård inom angivna områden, se tabeller s.12. I genomsnitt har insatserna ökat med 7,1% under 2013. Brytpunktsamtal har försämrats något, i 35,8% av fallen konstateras och dokumenteras att palliativ vård ska bedrivas. Ordination mot ångest har ökat och fås i 82,4% av fallen. Bedömning av munhälsa har ökat, 24,8% genomförda munhälsobedömningar har gjorts och smärtskattning har utförts i 14,5% av fallen. Efterlevandesamtal, dvs samtal med närstående en tid efter dödsfallet behöver förbättras, ca 45% erhåller samtal.*

*Måluppfyllelsen inom den palliativa vården måste intensifieras.*

## **Hygien**

*Förbättringsarbetet gällande följsamhet till basala hygienrutiner inom hemtjänsten har resulterat i att följsamheten är 70% av de 66% som svarat.*

*Inom särskilda boenden svarar inte utföraren upp mot vårdgivarens krav på följsamhet till att använda köksförkläden vid livsmedelshantering och användande av klockor, ringar och handhygien, m.m, se tabell s. 12. Följsamheten till rutin för basala hygienrutiner uppfylls endast till 50% inom våra särskilda boenden. Svarsfrekvensen var här 66%.*

## Övergripande mål och strategier för kommande år

- ✚ *Fortsätta arbetet med förebyggande insatser men hjälp av Senior Alert för att nå upp till målet att samtliga patienter inom hemsjukvården ska erbjudas riskbedömning, orsaksutredas, åtgärdas och följas upp. För att uppnå detta bör organisation, arbetssätt och arbetsmiljö ses över så att förutsättningar ges för att bedriva ett förebyggande arbete där åtgärder och uppföljningar kan utföras på ett, för patienterna, tillfredsställande sätt.,*
- ✚ *Att fortsätta arbetet med en god palliativ vård i samverkan med vårdcentralerna. Detta arbete pågår i den lokala samverkansgruppen "De mest sjuka äldre" och målen preciseras i en handlingsplan.*
- ✚ *Att arbeta för säker läkemedelsanvändning för äldre i samverkan med vårdcentralerna. Arbete pågår i arbetsgruppen för de mest sjuka äldre där läkemedelsgenomgång är en del i arbetet. Gemensamma rutiner upprättas och gemensamma utbildningar inom området kan planeras i arbetsgruppen. Avvikelse i vårdsamverkan tas upp i gruppen. Enheterna måste arbeta för en säker läkemedelshantering så att patienterna får rätt dos läkemedel vid rätt dag och tid. S*
- ✚ *Förbättra resultaten för den palliativa vården i samverkan med vårdcentralerna. Redovisning av smärtskattning måste förbättras liksom brytpunktsamtal, efterlevandesamtal med anhöriga och bedömning av munhälsa.*
- ✚ *Arbeta för 100% följsamhet till basala hygienrutiner för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Egenkontroller och utbildningar genomförs årligen men resultatet för 2013 är sämre än föregående år. Rutinen måste följas*
- ✚ *Det finns rutin för klagomålshantering men det finns brister i analys och uppföljning i verksamheterna.*
- ✚ *Följsamhet till rutin för avvikelshantering måste förbättras. Orsaker och åtgärder måste analyseras för att minimera risker för att avvikelser sker igen. Mål behöver formulera med utgångspunkt från enhetens avvikelser.*
- ✚ *Rutin för skydds- och begränsningsåtgärder måste följas och arbetssättet/bemanning på våra demensboenden bör ses över. Risker att någon avlider eller råkar ut för en allvarlig händelse har uppgått till 17 händelser under 2013. Boende med demensdiagnos har gått ut från sitt boende, ordinärt och särskilt utan att detta alltid upptäckts eller upptäckts för sent. Den boende har i vissa fall återfunnits av polis eller kommuninvånare. Endast ett av dessa fall har Lex Sarah-anmälts.*



