

Rapport

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare 2014

2015-03-03



ULRICEHAMNS
KOMMUN

Ulricehamns kommun
Sektor välfärd

Lena Sjöberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Patienter och närståendes synpunkter och klagomål	5
Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet	5
De viktigaste resultaten som uppnåtts under 2014	6
Övergripande mål och strategier	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Sammanställning och analys	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Resultat	15
Övergripande mål och strategier för kommande år	22

Sammanfattning

Viktiga, ständigt pågående insatser för ökad patientsäkerhet

Användande av kvalitetsregister såsom:

- Svenska Palliativregistret, för en god vård i livets slutskede.
- Senior Alert, analys, åtgärd och uppföljning inom områdena Fall, Nutrition, Trycksår, Tandhygien, och inkontinens.
- BPSD, för att förbättra insatserna runt personer med demenssjukdom.
- Ledningsgrupp på enhetsnivå skall arbeta aktivt med kvalitet och förbättring. Ledningsgruppens arbete bedrivs både i form av förbättringsarbete gällande struktur i det dagliga arbetet och på patientnivå utifrån analys av resultat från kvalitetsregister och avvikelshantering.
- LEAN- metoden har implementerats på samtliga enheter.
- Lokal Närvårdssamverkan arbetar aktivt med frågor som berör flera vårdgivare. Här finns representanter från kommun, primärvård och slutenvård. Uppdraget är att, efter upprättad handlingsplan, arbeta fram gemensamma rutiner i vårdens övergångar. Arbetsgrupper finns inom områdena de mest sjuka äldre, och psykisk ohälsa bland barn, unga och vuxna.

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll

Årlig statistik från Svenska palliativregistret följs upp och brister redovisas och diskuteras med berörda grupper, främst Hälso- och sjukvårdspersonal.

Förbättringsarbete inom palliativ vård kräver nära samarbete mellan vårdgivarna, främst kommun/primärvård, då läkarmedverkan är en förutsättning för förändring i stora delar av vården vid livets slut. Samsyn skapas i den lokala närvårdssamverkansgruppen för mest sjuka äldre.

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.

Risker för vårdskador identifierats och hanteras genom:

- Olika bedömningsunderlag och i kvalitetsregister för förebyggande åtgärder
- Avvikelsehantering och orsaksutredningar
- Lex-Maria anmälningar som återförs till verksamheten samt uppdatering av rutiner och checklistor.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar till ökad patientsäkerhet genom att:

- Följa rutiner för avvikelsehantering och förebyggande arbete.
- Rapportera risker, tillbud och negativa händelser vilket sker via datamodul i verksamhetsystemet kopplat till journalsystemet.
- 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 team-medlemmar fortlöpande ansvara för förbättringsarbetet avseende förebyggande av vårdskador, bemötandeproblematik, uteblivna insatser, brister i läkemedelshantering med mera.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål

Utredning vad gäller ärenden inom hälso- och sjukvård görs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och 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, hos vilka även ansvaret för Lex Sarah anmälningar enligt fastställd rutin.

Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

Närstående erbjuds, med patientens samtycke, att medverka vid vårdplanering mellan kommun och slutenvård.

Patient och närstående deltar i ankomstsamtal efter flytt till särskilt boende (enhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal samt kontaktman närvarar) vilket åtföljs av ett återkopplingsamtal inom 2 månader. Utsedd kontaktman har sedan till uppgift att hålla fortlöpande kontakt.

Inskrivningssamtal med berörd hälso- och sjukvårdspersonal erbjuds i samband med inskrivning i kommunal hemsjukvård.

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 under 2014

- Antal avvikelser gällande brist i läkemedelshantering är förhållandevis låg.
- Antalet läkemedelsgenomgångar har prioriterats och planerats i lokal närvårdssamverkansgrupp, mest sjuka äldre och en markant ökning har skett.
- Riskbedömningsunderlag enligt Senior Alert används på samtliga enheter och åtgärder sätts in för att minska risken för undernäring, trycksår och fall.
- Målet på 90 % genomförande har uppnåtts med god marginal vad gäller särskilt boende.

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 och säker vård som värnar om patientens integritet och självbestämmande.

Strategi

Förvaltningens riktlinjer/rutiner skall göras lättillgängliga, kända för alla och hög följsamhet förväntas.

Samtliga patienter inskrivna i kommunens hemsjukvård ska erbjudas riskbedömning för fall, undernäring, munhälsa och trycksår. Inkontinens är ett nytt område på väg att implementeras i verksamheten.

Läkemedelsgenomgång skall genomföras en gång per år eller vid behov på samtliga patienter hos vilka kommunens hemsjukvård har tagit över läkemedelansvaret och utförs enligt fastställd modell.

Ett systematiskt förbättringsarbete vad gäller avvikelshantering skall ske regelbundet på varje enhet. Händelseanalys skall följas av planerade och utförda åtgärder för att om möjligt minska antalet avvikelser, fel och brister.

Regelbunden samverkan med andra vårdgivare sker i de lokala närvårdsamverkansgrupperna, De mest sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa där, bland annat, överenskommelser om gemensamma lokala handlingsplaner inom olika områden ska tas fram med utgångspunkt från Nationella riktlinjer.

Vården av personer med demensdiagnos skall förbättras och tryggas genom att vid behov göra bedömningar med hjälp av det nationella kvalitetsregistret BPSD.

Stora krav skall ställas på god hygienisk standard inom alla enheter som utför vård- och omsorgsinsatser.

Nödvändig tandvård i form av munhälsobedömning och utfärdande av tandvårdsintyg skall erbjudas till identifierade målgrupper.

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.

Samtliga avvikelser sammanställs, analyseras och åtgärder vidtas. Resultatet används för att 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

Ankomstsamtal utförs efter flytt till särskilt boende och följs av ett återkopplingssamtal inom 2 månader. Möten tillsammans med patient/närstående och biståndshandläggare genomförs vid behov 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. Avvikelse går igenom och händelseanalyser enligt upprättad checklista skall göras för att utreda orsak till det inträffade. Teamets medlemmar ansvarar för att åtgärder vidtas i syfte att förebygga/minimera risker.

Erbjudande om riskbedömningar gällande fall, undernäring och trycksår sker kontinuerligt.

Handbok i nutrition finns att tillgå för all personal.

En ökning av läkemedelsgenomgångar 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.
- Registrering i nationellt kvalitetsregister Senior Alert pågår. Enhetsvisa registreringar, uppföljningar och åtgärder sker kontinuerligt och registrerade bedömningar i särskilt boende har uppnått de mål som satts.
- 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

Ulricehamns kommun har under 2014 uppnått uppsatta mål vad gäller bedömning enligt Senior Alert i särskilt boende.

- Ulricehamns kommun har under 2014 delvis uppnått uppsatta mål vad gäller palliativ vård, vilket gäller merparten av sjuhäradskommunerna.

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 vårdgivaren. 2014 års resultat visar en viss minskning av antal rapporterade avvikelser gällande fall och läkemedel.
- Förbättringsarbete för den palliativa vården visar ett marginella skillnader 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 2014 års resultat visar större följsamhet till rutinerna än föregående år men brister kvarstår fortfarande inom vissa områden såsom livsmedelshantering, skyddsutrustning och smycken.
- 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 har under 2014 varit ansvariga för dessa hembesök men ansvaret vilar sedan årsskiftet helt på Folktandvården.

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. Ny granskning sker våren 2015.

Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet

Brister som framkommit genom samtal med närstående har analyserats av MAS och Enhetschef och diskuterats med berörd avdelning.

Analys av patientnämndsärenden

Inga ärenden har inkommit från patientnämnden

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 Närvårdsamverkan, Södra Älvsborg.
- Avvikelse i vårdsamverkan rapporteras och sammanställs av utsedda samordnare i Närvårdsamverkan. Rutin för avvikelse i vårdsamverkan, mellan vårdgivare, följs och orsaker och åtgärder redovisas tillbaka till anmälaren. Sammanställning av avvikelser i vårdsamverkan redovisa årligen till styrgruppen i den regionala närvårdsamverkansorganisationen.
- För att öka säkerheten och höja kvaliteten vid vårdplanering 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, SÄS har också vårdplaneringsteam vilka har ett nära samarbete med kommunens team.

- Strategi för äldre och läkemedel har fastställts i Hälso- och sjukvårdsutskottet och en handlingsplan finns. Läkemedelsavstämningar/genomgångar genomförs på våra enheter inom äldreomsorgen enligt framtagna rutiner.
- 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 Sjuksköterskegruppen och i lokal närvårdssamverkan.
- 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 framtagna 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. 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 uppdaterades under 2013. Kommunens demenssamordnare har informerat och undervisat enheternas chefer och vårdpersonal om innehållet. Enhetschefer och personal ansvarar för att följa denna handlingsplan.

Risikanalyser

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.

Riskbedömningar på individnivå sker regelbundet

Värdeflödesanalyser genomförs för att identifiera verksamhetens processer och minimera risker i de olika processerna. En omfattande insats för att säkra verksamheten har skett inom sjuksköterskeenheten 2014

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 sker via kommunens datoriserade verksamhetssystem som är kopplat till verksamhetens journalsystem och innefattar HSL, SoL, LSS.

Information ges, efter inhämtat samtycke till närstående.

Fastställda rutiner för avvikelshantering och förebyggande arbete skall följas.

Risikanalyser ska erbjudas samtliga vårdtagare, orsaker fastställas, åtgärdas och följas upp tillsammans med patienten.

Avvikelse 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 medlemmar i teamet fortlöpande ansvara för förbättringsarbetet avseende förebyggande av vårdskador, bemötande-problematik, uteblivna insatser, brister i läkemedelshantering med mera.

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.

Vid allvarliga brister skickas utredningen till IVO. Patient/närstående hålls underrättade.

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.

Halvårsredovisningar av avvikelserapporter sammanställs, analyseras och återkopplas till verksamheten och vårdgivaren av MAS.

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

Klagomål/synpunkter som kommer till MAS kännedom utreds av MAS om ärendet gäller hälso- och sjukvård. Utredningen utgår från en skriftlig redogörelse efter utredning med involverade om det aktuella ärendet. Ärendet diarieförs.

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.

Hänvisning sker också till patientnämnden och Socialstyrelsen så att anmälaren kan välja att ta direktkontakt med Patientnämnd/ IVO. Hänvisning kan också rekommenderas om missnöje finns på gjord utredning.

Ärendet diskuteras alltid med verksamhetschef/enhetschef.

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 §

Under 2014 har 2 ärenden utretts enligt Lex Maria.

I båda fallen har internt förbättringsarbete genomförts men inget av ärendena har bedömts innehålla sådana brister inom kommunens hälso- och sjukvård att det motiverar fortsatt anmälan till IVO.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Närstående och patient medverkar vid samordnad vårdplanering mellan slutenvård och öppenvård enligt gemensam regional rutin.
- Varje patient har utsedd kontaktperson inom omvårdnad och patientansvarig sjuksköterska som i sin roll har ett ansvar för att informera, hålla kontakt och samverka med patient och närstående vad gäller vård och omsorg
- 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 vårdplaneringar.
- 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.

Resultat

Regionens hygienutbildningar erbjuds till kommunens hygienombud som har utsetts på alla avdelningar inom kommunens enheter och sju sjuksköterskor, en per enhet. Återträffar och grundutbildningar erbjuds årligen. Hygienansvariga sjuksköterskor och hygienombud skall träffas regelbundet och en intern enkät besvaras en gång per år. Dessa hygienansvariga ska stötta kollegor på sina enheter.

Utbildningar i fallprevention och olika bedömningsinstrument skall genomföras kontinuerligt. Det förebyggande arbetet omfattar områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa, läkemedel, psykisk hälsa, rehabilitering och trygghet. Utbildning i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har under tidigare år genomförts på enheterna. Enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal berörs. Privat utförarens omvårdnadspersonal inkluderas. Under 2014 har få utbildningsinsatser utförts men enheterna har fått extra stöd av resursperson för att uppnå nationella mål vilket har medfört en viss form av intern fortbildning.

Uppföljningstillfälle 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 skall få samma utbildning. Utbildning planeras in efter anmälan från enhetschefgrupp om nyanställd personal i behov av detta.

Ansvariga för utbildningarna är utsedda sjuksköterskor med särskilt läkemedelsansvar. Privat utförarens omvårdnadspersonal inkluderas.

Utbildning i nationellt kvalitetsregister, BPSD, genomförs för utsedd personal.

Utbildningar erbjuds kontinuerligt. Under 2014 har möjligheterna till utbildning varit små.

36 undersköterskor har fått basutbildning i psykiatri i samarbete med Tingsholms gymnasium.

Utbildning/fortbildning har genomförts för omvårdnadspersonalen på enhetsnivå, men ej i samordnad form till alla enheter.

Obligatorisk utbildning, " Bemanna rätt" för all omvårdnadspersonal har genomförts inom Äldreomsorgen.

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/informerar 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. Utbildning och handledning ingår i regionens satsning på munhälsa och planeras tillsammans med enhetschefer inom Äldreomsorg och Funktionsnedsättning. Under 2014 har alla Sjuksköterskor erbjudits utbildning i användande av munhälsobedömningen ROAG. Extra satsning har också gjorts genom utbildning av personal på Ekeros äldreboende.

Alla sjuksköterskor har erbjudits utbildning inom inkontinensområdet och på Hökerumsgården har ett projekt startats och pågår i vilket all personal har erbjudits utbildning i inkontinens. Projektet bedrivs i samarbete med FOU, Borås och kommunerna Bollebygd och Tranemo.

En sjuksköterska och MAS har deltagit i två dagars nutritionsutbildning.

Processmått

Aktiviteter som genomförts för att uppnå definierade mål t ex andel utförda/uppföljda riskanalyser, läkemedelsavstämningar, korrekta hygien- och klädrutiner, riskbedömningar m.m.

Andelen personer anslutna till den kommunala hemsjukvården penplade under 2014 mellan 750 och 800 patienter.

Senior Alert

Målet under 2014 har varit att uppnå Senior Alerts övergripande mål - att erbjuda riskbedömning för samtliga hemsjukvårdspatienter boende på särskilt boende med ett målvärde på 90 %.

Enhet	utförda Riskbedömn. antal	varav med risk antal	åtgärdsplan fall %	åtgärdsplan undernäring %	åtgärdsplan munhälsa %	uppföljning andel m. risk inom 6 mån %
Ekerö	77	38	92	96	92	86
Hökerumsgården	40	38	94	100	25	86
Parkgården 1	66	58	100	97	92	80
	30	24	95	87	100	79
Ryttershov 1	75	74	93	93	59	83
Ryttershov 2	55	50	100	97	38	84
Solrosen 1	28	28	96	100	93	81
Solrosen 2	29	28	96	100	79	82
URC	85	79	85	87	45	
Kommun tot. 2014	485	418	94	94	68	81
Kommun tot. 2013	258	204	92	91%	45	76

Statistiken är hämtad från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och gäller år 2014

Uppföljning av andel med risk anger ett medelvärde för årets 12 månader. URC undantas.

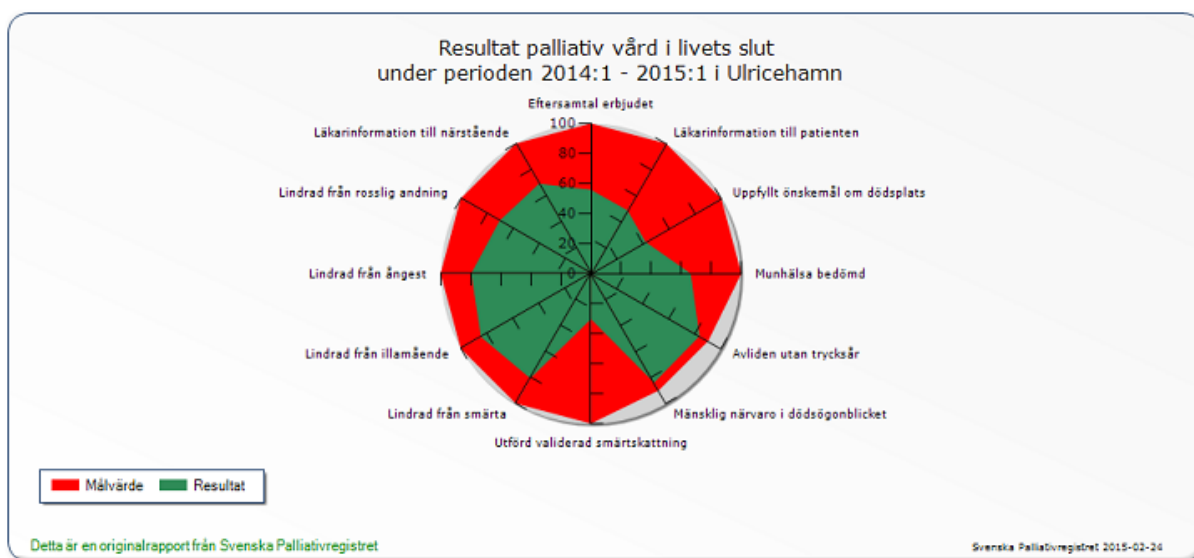
Analys

Ett strukturerat och intensivt arbete har pågått på alla enheter under 2014 vilket framgår av tabellen och innebär att nationella mål för året har uppnåtts på en rad områden. Inom Senior Alert nåddes målvärdet med god marginal.

Registrerade riskbedömningar har i hög grad följts av åtgärder och uppföljning inom 6 månader enligt rutin.

Framtida mål är att erbjuda riskbedömning till samtliga hemsjukvårdspatienter i Ulricehamns kommun oavsett boende, vilket också är en del i lokal åtgärdsplan för Ulricehamns Kommun som tagits fram utifrån resultatet i 2013(och 2014) års patientsäkerhetsberättelse, förebyggande av fall i ordinärt boende.

Palliativ vård/vård i livets slutskede



Resultatet av den palliativa vården i Ulricehamn är hämtad från Svenska Palliativregistrets årliga sammanställning för kommunens samtliga enheter under 2014. Vid jämförelse med resultatet för hela Västra Götaland kan slående likheter konstateras. Bristerna ser i huvudsak lika ut och endast marginella skillnader ses från föregående år.

Resultaten kan följas kontinuerligt för ett ständigt förbättringsarbete på enheterna och är ett prioriterat område i regionens Närvårdssamverkan på olika nivåer. Så även i Ulricehamns lokala Närvårds-samverkansgrupp för de mest sjuka äldre.

Palliativ vård är ett prioriterat område på riksnivå. Samarbete mellan olika vårdgivare är nödvändigt då ansvaret för god vård och rätt insats sträcker sig över de olika vårdgivarnas gränssnitt. Lokal handlingsplan finns men har inte uppdaterats. Förslaget i åtgärdsplanen

blir därför att uppdatera och åter implementera densamma. Forum för denna diskussion ses i den lokala gruppen för närvårdssamverkan, de mest sjuka äldre.

I lokal åtgärdsplan för Ulricehamns Kommun som tagits fram utifrån resultatet i 2013(och 2014) års patientsäkerhetsberättelse kommer verksamheten under 2015, förutom att uppdatera handlingsplanen att arbeta med tre förbättringsområden som markerats i följande tabell. Tabellen ger ytterligare vägledning till diagrammet på sidan 17 och gäller resultat för Ulricehamn.

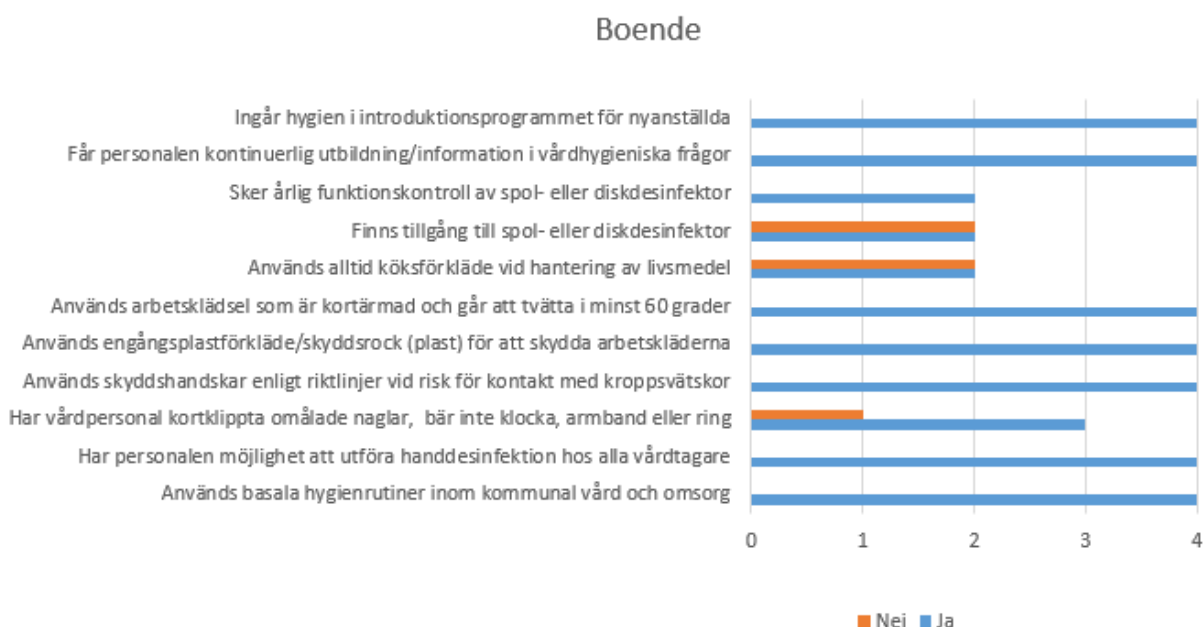
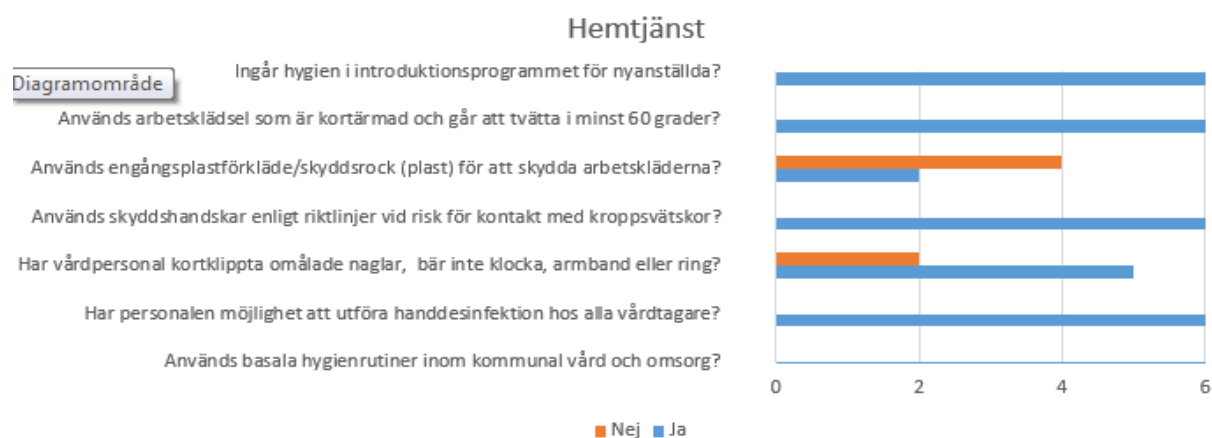
Läkarinformation till patient och närstående benämns som brytpunktssamtal i åtgärdsplanen.

Kvalitetsindikator	% Målvärde	% Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	55,8
Läkarinformation till patienten	100	48,6
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	42,0
Munhälsa bedömd	100	66,3
Trycksår vid dödsfallet	90	83,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	84,0
Utförd validerad smärtskattning	100	30,4
Lindrad från smärta	100	80,7
Lindrad från illamående	100	84,5
Lindrad från ångest	100	79,6
Lindrad från rosslig andning	100	70,2
Läkarinformation till närstående	100	69,1

Antal vårdtillfällen i urvalet: 181

Följsamhet till basala hygienrutiner

Resultatet av egenkontroll av följsamhet till Basala hygienrutiner i hemtjänsten 2014 omfattar även privat utförare Attendo Care.



En viss förbättring av följsamheten till basala hygienrutiner jämfört med 2013 konstateras men fortfarande finns flera förbättringsområden.

Förekomst av resistent bakterier är ett globalt ökande problem. Varje individ som idag vistas i någon form av slutenvård riskerar att bli smittad. I många fall kan personen bära på smitta utan att vara sjuk/ ha symtom. Vikten av att följa basala hygienrutiner kommer därför alltmer i fokus då en till synes frisk individ kan överföra smitta till annan, mer känslig person.

I lokal åtgärdsplan för Ulricehamns Kommun som tagits fram utifrån resultatet i 2013 och 2014 års patientsäkerhetsberättelse kommer följande områden att ingå i förbättringsarbetet under 2015.

- Enhetschefers och hygienombuds roll skall lyftas och stärkas genom gemensam information/utbildning.
- Följsamhet till rutin har i dagens läge blivit så viktig att regler för åtgärder som skall vidtas om egenkontroll och rutin inte hörsammas bör införas.
- Vård på korttidsenhet är extra utsatt och Hygienrond kommer därför att utföras under året i sambete med Vårdhygien, SÄS.

Tillgång på diskdesinfektorer används för enheternas sjukvårdinstrument och material för flergångsbruk. Dessa installeras i samband med ombyggnation av våra enheter (då också serviceavtal tecknas) vilket innebär att några få enheter ännu saknar denna utrustning.

Resultatmått 2014

Följande uppgifter är hämtade ur förvaltningens årliga Sammanställning av rapporterade avvikelser 2014. Statistiken omfattar rapporterade avvikelser inom äldreomsorg, område funktionsnedsättning och privat utförare, Attendo AB.

Under 2014 rapporterades totalt 2363 (2374 för 2013) avvikelser.

30 avvikelser (18 personer) handlar om brukare som avvikit från sitt boende och som inte kan ta hand om sig själva. Händelserna utreds på varje enhet och rapporteras till ansvarig verksamhetschef.

Under första halvåret 2014 förekommer 236 avvikelser (10 % av total) gällande utebliven insats/omvårdnad/behandling. Orsaken till det uppges vara att personalen inte hinner. Då endast 36 st. avvikelser enligt ovanstående noteras under andra halvåret är bedömningen att registreringen var av tillfällig karaktär.

Läkemedel

Brister i läkemedelshantering har minskat något i jämförelse med föregående år.

Hantering av dosetter inom den kommunala hemsjukvården blir allt vanligare, är tidskrävande och osäkert vilket är en orsak till bland annat feldoseringar och att läkemedel saknas.

Avvikelser i läkemedelshantering består till största delen av att patienten inte får rätt dos på rätt dag och vid rätt tid. Även andra allvarliga avvikelser såsom att läkemedel saknas och förväxling förekommer i mer eller mindre omfattning.

Drygt 700 patienter har under olika långa tidsperioder haft hjälp med läkemedelshantering under 2014. Antal dostillfällen per dygn varierar vanligen mellan 1-4 ggr vilket betyder en omfattande hantering av läkemedel. Antalet avvikelser kan i relation till detta anses vara relativt lågt. Vikten av rätt hantering med potenta läkemedel innebär trots detta att förbättringsarbetet måste fortgå.

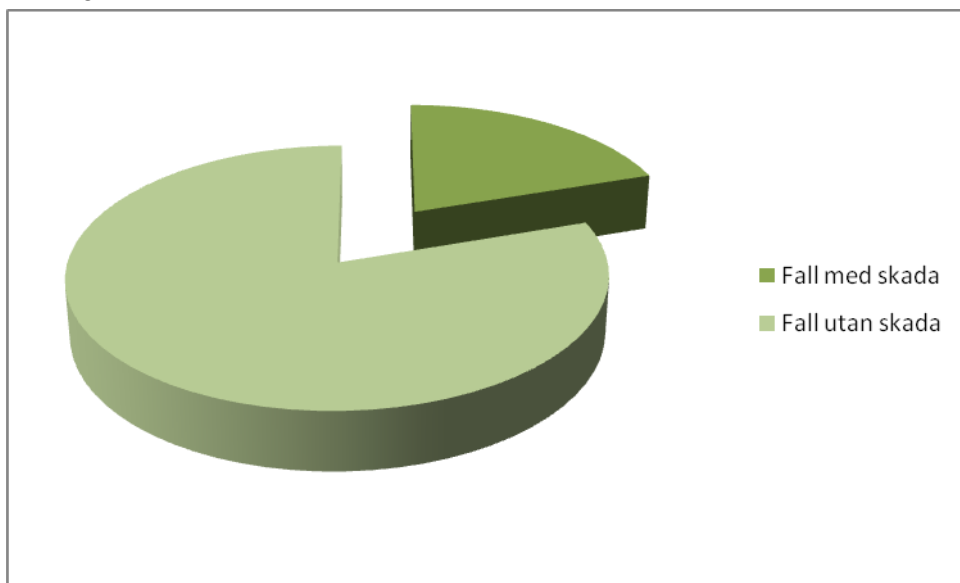
Läkemedelsgenomgång

I närvårdssamverkans handlingsplan för mest sjuka äldre har arbetet med att öka antalet läkemedels- genomgångar varit prioriterat under 2014. Under mätperioden januari-oktober 2013 utfördes 109 genomgångar, under samma period 2014 utfördes 189 genomgångar.

Delegationsförfarandet vad gäller utbildning och kontroll av att den som tar emot delegation till fullo förstått information och uppdrag skall säkras, likaså att avvikelser noggrant utreds och åtgärdas på varje avdelning/enhet.

I lokal åtgärdsplan för Ulricehamns Kommun som tagits fram utifrån resultatet i 2013 och 2014 års patientsäkerhetsberättelse kommer ovanstående områden att ingå i förbättringsarbetet under 2015.

Fallolyckor



Den vanligast förekommande avvikelserna som registreras är fallolyckor med eller utan skada som tillsammans står för nästan 60%.

Riskbedömning enligt Senior Alert som utförts främst på särskilt boende men på vissa enheter även i ordinärt boende visar på ett stort antal patienter med hög risk för fall.

68 personer hade fler än tre avvikelser vardera gällande fall under sista halvåret 2014. Detaljerad analys av de nio personer som hade högst antal registrerade fallavvikelser (totalt 143 st.) visar att fall inte kunnat undvikas trots ett antal adekvat vidtagna åtgärder.

Av 236 rapporterade fall med skada kan man endast i ett fåtal fall identifiera skadetyper.

På grund av bristfällig bakgrundsinformation har därför en manuell översyn genomförts i vilken allvarligare händelser har följts upp. Med allvarlig händelse menas här patient, som enligt notering i aktuell avvikelse/journal fått uppsöka annan vårdgivare för bedömning i det akuta skedet. 60 avvikelser har identifierats enligt ovan (ett visst mörkertal kan förekomma). I 24 fall av dessa har skelettskador i form av frakturer konstaterats.

Avvikelserna analyseras och bearbetas på varje enhet och åtgärder diskuteras, bland annat på teamträffar.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Arbetet med förebyggande insatser skall fortgå kontinuerligt.

De olika kvalitetsregistren används som redskap för att uppnå uppsatta mål.

- Att samtliga patienter inom hemsjukvården ska erbjudas riskbedömning som orsaksutreds, åtgärdas och följs 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.
- Svenska palliativregistret används för att identifiera bristområden och förbättra resultaten för den palliativa vården. Prioriterade områden 2015 är brytpunktsamtal, smärtskattning och munhälsa.
- Att arbeta för säker läkemedelsanvändning för äldre i samverkan med vårdcentralerna.
- Arbetet fortgår 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. Avvikelser i vårdssamverkan tas upp i gruppen.
- Strategier för att öka följsamheten till gällande rutiner vad gäller läkemedelshantering ska tas fram och ansvaret klargöras, bland annat genom att se över delegeringsförfarande och utbildningsinsatser.
- Enheterna måste arbeta för att beställd insats utförs enligt gällande rutin.
- Arbeta för 100 % följsamhet till basala hygienrutiner för att förebygga vårdrelaterade infektioner.
- Övergripande kontroll, egenkontroll och utbildning för enhetschefer och hygienombud planeras under året.
- 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.
- Allvarliga händelser inom HSL lagrum måste rapporteras till MAS enligt gällande rutin för eventuell anmälan enligt Lex Maria.
- Allvarliga händelser inom SOL måste utredas enligt Lex Sarah.
- Varje enhet skall arbeta systematiskt för att minimera antalet avvikelser.
- Rutin för skydds- och begränsningsåtgärder måste följas och arbetssätt/ bemanning på våra demensboenden bör ses över.

- Avvikelser visar på allvarlig risk för skada då boende med demensdiagnos har gått ut från sitt boende, ordinärt och särskilt utan att detta alltid upptäckts eller upptäckts för sent.
- Sådant händelse kan vara grund för en Lex Sarah-anmälning och skall ses över med stort allvar.